

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

A PROPOS DU TREMBLEMENT DES CORDES VOCALES.  
ROLE DES LÉSIONS DU CERVELET  
DANS LES TROUBLES DE LA PAROLE  
ET DE LA PHONATION.

Par **J. COLLET**, interne des hôpitaux de Lyon.

Nous avons déjà publié dans ces *Annales* <sup>(1)</sup> l'histoire d'un malade qui avait présenté, en même temps que les symptômes connus de la sclérose en plaques, un tremblement continu des cordes vocales, phénomène très rare et signalé seulement dans quelques observations. Les auteurs qui ont mentionné antérieurement ce symptôme l'ont tout d'abord considéré comme propre à la sclérose en plaques, aussi faisons-nous suivre l'exposé de ce cas d'une revue générale des divers troubles laryngés qu'on est exposé à rencontrer dans cette affection. Le malade ayant succombé, on a pratiqué après un durcissement de quelques mois l'examen microscopique du centres nerveux, et on s'est trouvé en présence d'une lésion du cervelet. Nous résumons brièvement ici l'observation clinique et l'autopsie.

Il s'agissait d'un homme de 56 ans, entré depuis six ans dans le service du Dr Garel. L'affection avait manifestement commencé par des troubles de l'équilibre et de la coordination, mais progressivement s'étaient installés des signes de sclérose en plaques, nystagmus, tremblement, exagération des réflexes, trépidation épileptoïde, troubles de la parole, contractures, qui

(1) Le tremblement des cordes vocales et les troubles de la phonation dans la sclérose en plaques. Février 1892.

avaient complètement masqué le tableau initial, au point de rendre impossible, autrement que par les commémoratifs, le diagnostic d'une lésion atrophique du cervelet, diagnostic encore entouré d'obscurités à l'heure actuelle.

Au laryngoscope, on constatait des oscillations des cordes, continues, assez rapides pour mériter le nom de tremblement (60 environ par minute); ces oscillations se produisaient aussi bien pendant l'ouverture que pendant la fermeture de la glotte: elles étaient irrégulières; enfin le malade ne pouvait les interrompre que pendant trois ou quatre secondes, ce qui rendait la phonation impossible et la parole inintelligible et saccadée.

A l'autopsie, l'examen des centres nerveux montre une sclérose du cervelet et de ses dépendances bulboprotubérantielles, c'est-à-dire une atrophie des pédoncules cérébelleux moyens, avec dégénérescence des olives inférieures, des parolives et des nombreuses cellules disséminées dans la partie antérieure de la protubérance, qui forment, comme on sait, une série de colonies cérébelleuses. Nous ne pouvons insister ici sur ces particularités anatomopathologiques, qui, en raison de l'intérêt qu'elles présentent au point de vue des connexions du cervelet, ont été rapportées ailleurs en détail <sup>(1)</sup>. Quant à la moelle, de nombreuses coupes ont fait voir qu'elle était absolument saine.

Les noyaux de l'hypoglosse et du pneumogastrique ainsi que leur trajet intrabulbaire ne présentent aucune altération.

En somme deux conclusions intéressantes ressortent de cette observation.

1° L'absence de toute lésion médullaire, et l'existence d'une atrophie du cervelet dans un cas diagnostiqué cliniquement sclérose en plaques: il y a donc une pseudosclérose en plaques d'origine cérébelleuse, de même qu'on a décrit une paralysie pseudobulbaire d'origine cérébelleuse <sup>(2)</sup>;

2° La dépendance qui existe entre certaines lésions du cervelet et les troubles de la phonation et de l'articulation. C'est ce dernier fait seulement que nous voudrions mettre en lumière à cause du caractère spécial de cette Revue. La notion

<sup>(1)</sup> *Archives de Neurologie*, p. 353, novembre 1893.

<sup>(2)</sup> Brosset. Contribution à l'étude des connexions du cervelet. Thèse, Lyon, 1890.

n'en est pas absolument nouvelle : elle a été introduite dans la science par Luys et Jaccoud, et, récemment encore, Köhler <sup>(1)</sup> publiait une observation de kyste hydatique du cervelet avec troubles de la parole ; mais les faits de ce genre constituent la grande exception, et il n'y a guère qu'une lésion du cervelet qui s'accompagne fréquemment de troubles de la parole : c'est sa sclérose ; nous les avons retrouvés onze fois sur les quelques vingt cas de sclérose cérébelleuse jusqu'ici connus. Faut-il les attribuer à ce centre ou faut-il incriminer plutôt la dégénérescence secondaire des olives <sup>(2)</sup> et son action de voisinage sur l'hypoglosse ?

La question reste douteuse : mais l'intégrité des olives dans plusieurs cas où ces troubles se sont rencontrés ; dans d'autres cas, l'intégrité de l'hypoglosse au voisinage des olives sclérosées constatée par Meynert, constatée dans un autre cas par Pierret <sup>(3)</sup>, et vérifiée encore par lui dans le nôtre, montrent que leur lésion n'a dans l'espèce aucune importance, et tendraient à faire attribuer à l'écorce cérébelleuse un rôle spécial dans l'articulation des mots, propriété qui n'a rien de surprenant dans un organe dont les propriétés coordinatrices sont connues de tous.

À ces troubles de l'articulation, l'observation qui précède permet d'ajouter un trouble laryngé d'une nature toute particulière, paraissant relever lui aussi d'un trouble de coordination : le tremblement des cordes.

Nous avons dit plus haut qu'il avait été mentionné d'abord dans la sclérose en plaques : c'est à Leube <sup>(4)</sup> qu'on en doit la première mention. Plus tard, Lőri <sup>(5)</sup> de Budapest cite deux cas de la même affection et décrit en détail le phénomène qui nous occupe : il l'assimile au tremblement intentionnel des

(1) KÖHLER. Travail analysé dans la *Rev. des Sc. méd.* 1891.

(2) SCHRÖDER-VAN-DER-KOLK considérait les olives comme centre des mouvements qui président à l'articulation des mots : cette théorie ne peut tenir devant les progrès des localisations corticales.

(3) Note sur un cas d'atrophie périphérique du cervelet avec lésion concomitante des olives bulbaires. (*Arch. de physiol.*, 1872).

(4) *Deutscher Archiv. f. klin. Medicin.* 1870 et 1871.

(5) LÖRI. — Die durch anderweitige Erkrankungen bedingten Veränderungen des Kehlkopfs.

membres, si caractéristique. Récemment encore Krzywicki (1) donnait la relation d'un cas de tremblement des cordes chez un malade qui présentait tous les signes rationnels de la sclérose disséminée. L'observation n'était pas suivie d'autopsie. Mais quelque temps auparavant Hermann Krause (2) le signalait dans la chorée et la paralysie saturnine, et Herbert R. Spencer (3) dérivait sous le nom de nystagmus pharyngolaryngien des oscillations continues des piliers du voile et des aryténoïdes chez une jeune fille qui présentait depuis quinze mois des signes de tumeur cérébelleuse (vertige, céphalée occipitale intense, tendance à la chute en arrière et sur le côté, nystagmus oculaire, vomissements, constipation). Ces cas de Krause et de Spencer, et celui que nous avons résumé en tête de cette note, prouvent donc que le tremblement des cordes ne se rencontre pas uniquement dans la sclérose en plaques, comme auraient pu le faire supposer les premières observations dont nous ne connaissons pas, d'ailleurs, le complément anatomique. De plus, celle de Spencer et la nôtre appuyée sur une autopsie avec examen microscopique, semblent au contraire établir l'existence d'un lien de parenté entre quelques lésions cérébelleuses et ce singulier trouble fonctionnel.

Dès lors, la pathogénie du tremblement des cordes vocales devient plus compliquée. Dans le cas d'une sclérose en plaques on peut lui appliquer l'explication généralement admise du tremblement dans cette maladie, c'est-à-dire l'attribuer à la persistance des cylindres axiles au sein des foyers sclérosés (Charcot); mais dans le cas d'une lésion cérébelleuse, on est forcé de lui assigner un autre mécanisme, que les données de l'anatomie pathologique rendent au moins vraisemblable. Le cervelet entre en relation avec les faisceaux pyramidaux au moyen d'une vaste commissure constituée par les pédoncules cérébelleux moyens. A l'intersection de ces deux ordres de faisceaux se trouvent des amas de substance grise et des

(1) KRZYWICKI. Ein Fall von multipler Sclerose des Gehirns und Rückenmarks mit Intentionstremor der Stimmbänder. *Deutsche med. Wochenschr.* 1892, n° 12.

(2) *Journal of laryngology*. Juillet 1888.

(3) *Lancet*. 9 octobre 1886, p. 702 et 16 oct. 1886, p. 736.



cellules disséminées, participant à la fois aux dégénérescences pyramidales et aux dégénérescences cérébelleuses : le fait a été démontré par M. Pierret. Cette double trophicité semble indiquer que c'est par l'intermédiaire de ces cellules nerveuses que se fait l'union des deux systèmes. Dans un cas d'atrophie scléreuse du cervelet, la lésion secondaire de ces cellules, en plein situées sur le trajet des voies motrices encéphalomédullaires, explique bien, comme l'a fait ingénieusement remarquer M. Pierret, les troubles de coordination et le tremblement des membres. Les troubles de la phonation et de la parole, et le tremblement des cordes vocales, qui ne sont qu'une forme particulière d'incoordination, sont probablement susceptibles d'une interprétation analogue.

Quoi qu'il en soit de cette interprétation pathogénique, il reste acquis :

1° qu'il existe une sclérose systématisée du cervelet et de ses dépendances bulbo-protubérantielles, pouvant donner lieu à la plupart des symptômes ordinairement assignés à la sclérose en plaques ;

2° qu'il y a des troubles de la parole et de la phonation manifestement causés par cette lésion du cervelet, puisque les nerfs crâniens et leurs noyaux restent sains ;

3° que le tremblement des cordes vocales n'est pas l'apanage exclusif de la sclérose en plaques, mais peut se rencontrer aussi dans l'atrophie scléreuse du cervelet, et qu'il ne saurait par conséquent relever d'un mécanisme toujours identique.

---

## TROUBLES GÉNITAUX ET AFFECTIONS DES VOIES AÉRIENNES SUPÉRIEURES CHEZ LA FEMME.

Par le Dr **D. ALBESPY**, (d'Allevard).

C'est un fait bien connu que les affections des organes génitaux, chez la femme, donnent lieu à des troubles nombreux et excessivement variés, et il n'y a, pour s'en convaincre, qu'à lire dans les ouvrages spéciaux le tableau clinique de la métrite chronique. Parmi ces troubles, les uns sont constants (phénomènes dyspeptiques, névropathies diverses, etc.) les autres, comme ceux dont il est question dans ce mémoire, sont relativement rares et observés surtout par les spécialistes.

Il peut se produire, au moment des règles, un gonflement de la muqueuse nasale, surtout de la muqueuse des cornets, qui donne lieu à des réflexes secondaires. Lorsque ce gonflement existe en dehors de l'époque menstruelle et qu'il a déjà provoqué des réflexes, il y a ordinairement à ce moment une aggravation de ces réflexes.

Le gonflement peut exister des deux côtés ou d'un côté seulement et, d'après Hack (1), les réflexes secondaires partiraient de ce point pour aboutir à des régions diverses et quelquefois très éloignées. On peut les provoquer expérimentalement en touchant avec un stylet la partie gonflée du cornet inférieur ; on détermine ainsi soit de la toux, du larmolement, de l'asthme ou quelqu'autre de ces phénomènes d'origine nasale qui ont été étudiés pour la première fois par Voltolini (2), puis par

(1) HACK. *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1882, n° 25 ; et autres publications plus récentes.

(2) VOLTOLINI. *Anwendung der Galvanokaustik*. Vienne, 1871.

Sommerbrodt, Fränkel, Morell et Hunter Mackenzie, Semon, Sajous, Hack, etc., à l'étranger ; Cartaz, Joal et surtout Ruault en France. Après la destruction chirurgicale du gonflement de la muqueuse du cornet, ces réflexes dits secondaires, disparaissent pour la plus grande partie.

Je ne parlerai pas des épistaxis que l'on observe fréquemment comme hémorrhagies de compensation lorsqu'il y a suppression de l'écoulement menstruel ou aussi du flux hémorrhoidaire.

Chez les femmes, lorsqu'il se produit des modifications dans le fonctionnement des organes génitaux et surtout à l'époque où la menstruation s'établit, ou lors de la ménopause, il n'est pas rare de remarquer une poussée congestive sur la peau qui recouvre le bout et les ailes du nez. La peau se gonfle et présente une rougeur diffuse, le bout du nez est globuleux et brillant. Ce phénomène est probablement dû à une hypertrophie des cornets qui coexiste presque toujours et qui occasionne un ralentissement de la circulation. Bresgen l'attribua surtout à l'hypertrophie du cornet moyen et à la pression qu'elle exerce sur la cloison et la voûte nasale <sup>(1)</sup>.

J. N. Mackenzie a publié des travaux remarquables sur « l'irritation de l'appareil génital considérée comme cause d'affections nasales », dans lesquels il fait remarquer l'identité de structure histologique qui existe entre les tissus érectiles et qui établit entr'eux une parenté physiologique ; et il observe judicieusement que chez certaines femmes dont l'organe olfactif est d'ailleurs parfaitement sain, il se fait à chaque époque menstruelle un engorgement du tissu caverneux du cornet et que ce n'est là qu'un phénomène pathologique <sup>(2)</sup>.

Les affections du nez préexistantes présentent ordinairement une aggravation des symptômes aux époques menstruelles et tous les spécialistes connaissent l'augmentation de fétidité de l'ozène à ces époques.

(1) BRESGEN. Der kronische Nasenund Rachenkatarrh, etc. Vienne et Leipzig 1883, p. 110.

(2) J. N. MACKENZIE. In LENNOX BROWNE ; Maladies du larynx, du pharynx et des fosses nasales, p. 505.

Est-ce véritablement à une action réflexe sur le tissu érectile des cornets que sont dues, chez les femmes affectées de troubles génitaux, ces congestions à répétition qui produisent parfois une véritable hyperplasie ? C'est l'opinion de J. N. Mackenzie et de la plupart des auteurs. Depuis quelques années on a beaucoup usé de la théorie des réflexes et on en a même un peu abusé. Dans beaucoup de cas, il est vrai, l'expérience est venue confirmer la théorie et prouver que certains états pathologiques des fosses nasales et, en particulier, le gonflement de la muqueuse des cornets, pouvaient donner lieu à des phénomènes nerveux même à distance ; mais d'autre part, certains faits cliniques sembleraient montrer que ce gonflement, lorsqu'il se produit sous l'influence d'une affection d'un autre organe, comme dans l'aménorrhée, par exemple, ne peut être considéré lui-même comme un réflexe.

Le Dr Oppenheimer relate cinq observations de rhinite hypertrophique (spécialement hypertrophie de l'extrémité postérieure des cornets inférieurs) coexistant avec de l'aménorrhée. Dans les cinq cas, la menstruation qui avait cessé fait sa réapparition après l'enlèvement des parties hypertrophiées des cornets inférieurs. L'auteur compare ces résultats avec l'opinion émise par J. N. Mackenzie qui regarde l'état physiologique et pathologique de l'appareil génital comme cause de l'affection nasale.

Oppenheimer fait rentrer l'aménorrhée produite par action réflexe d'une affection nasale dans la classe des névroses réflexes vaso-motrices à l'instar de la conjonctivite, rougeur du nez en forme d'aile, maladie de Basedow, etc (1).

D'après mon observation, je serais enclin à admettre plutôt la théorie de Mackenzie avec cette restriction qu'au lieu de voir dans l'affection nasale un réflexe vaso-moteur, je le considérerais comme une réplétion du tissu caverneux et de nature purement mécanique, par un ralentissement de la circulation analogue à celui qui se produit toutes les fois qu'il y a un obstacle et une gêne au cours du sang dans les parties inférieures du corps, comme, par exemple, dans l'arrêt du flux hémorrhoi-

(1) OPPENHEIMER. Ueber Rhinitis hypertrophica und Amenorrhoea. Berlin, klin. Wochenschrift, n° 40, 1892.

daire, dans les constipations opiniâtres, dans certaines tumeurs du bassin, etc. En somme, je crois que ce gonflement passager des cornets, de cause génitale, n'est qu'une congestion passive qui, trop de fois répétée, détermine une hypertrophie vraie susceptible elle-même de provoquer sous l'influence d'une excitation quelconque des phénomènes nerveux réflexes.

OBSERVATION I. — M<sup>lle</sup> V. B., 23 ans, vint nous consulter dans le courant du mois d'août 1891 accompagnée de sa mère. Celle-ci nous raconta que depuis un an environ, sa fille aux époques menstruelles éprouvait une sensation de plénitude dans le nez, de la gêne de la respiration ; elle était obligée de respirer la bouche ouverte, ronflait pendant la nuit, ressentait souvent une pesanteur douloureuse dans la région du front et à la partie postérieure de la tête et qu'enfin elle mouchait très peu et que son nez exhalait à ces moments une odeur désagréable, sensible même à distance.

M<sup>lle</sup> V. B., de petite taille, paraît jouir et jouit, en effet, d'une excellente santé. Les antécédents héréditaires sont excellents, elle a eu, comme antécédents personnels, une bronchite aiguë à l'âge de 6 ans.

La menstruation se fait cependant d'une façon très irrégulière, elle fait quelquefois défaut pendant deux, trois et même quatre mois ; elle est précédée de légères coliques, celles-ci se font sentir aussi quelquefois aux époques menstruelles et cependant les règles manquent. Cette demoiselle mène une existence très sédentaire, travaillant beaucoup à des travaux de couture et marchant très peu ; il y a chez elle de la constipation habituelle.

A l'examen rhinoscopique, je remarquai une hypertrophie de la muqueuse des cornets inférieurs occupant surtout l'extrémité antérieure et plus marquée du côté gauche ; il y a dans le méat moyen et sur le cornet inférieur quelques croûtes peu adhérentes et qui ont, en effet, une odeur fétide, une odeur ozéneuse. La peau de la pointe du nez est rouge, brillante le bout du nez un peu globuleux ; cette rougeur s'étend en diminuant insensiblement sur le dos du nez et les ailes. Il y a quelques granulations dans le pharynx et la rhinoscopie postérieure montre également du catarrhe chronique de la voûte pharyngée.

Après un nettoyage complet des fosses nasales, enlèvement des croûtes avec la pince et un tampon d'ouate porté à l'extrémité d'un stylet, je fais un lavage à l'eau boriquée tiède,

j'anesthésie avec une solution de cocaïne à 10 p. 100 et je cautérise l'hypertrophie au galvano-cautère. En trois séances de cautérisations, à quatre jours d'intervalle environ, l'hypertrophie a disparu. Je prescris des irrigations boriquées à faire tous les deux jours, le jet à faible pression, et enfin je donne à la mère quelques conseils sur le régime et le traitement à suivre au moment des règles.

Au bout de six mois, je reçois des nouvelles de ma jeune malade et j'apprends que ma thérapeutique a donné les résultats suivants : les règles sont un peu plus régulières, quoiqu'encore avec des retards assez longs ; l'odeur et la gêne de la respiration nasale ont disparu, mais en revanche, quelques jours avant l'apparition des règles, survient soit des douleurs dentaires avec gonflement des gencives qui sont facilement saignantes, soit une fluxion à une oreille, caractérisée par de la rougeur et du gonflement avec formation de petites cloches remplies d'un liquide transparent. Dès que les règles apparaissent, tout rentre dans l'ordre.

OBSERVATION II. — M<sup>lle</sup> M. de G, 28 ans. Se plaint d'obstruction nasale avec douleur frontale très persistante au dessus des yeux, obligation de dormir la bouche ouverte, sécheresse de la gorge le matin au réveil, bourdonnements dans les oreilles. Ces phénomènes sont beaucoup plus accentués au moment des règles. Celles-ci sont précédées de violentes douleurs dans le ventre, surtout du côté gauche et dans la région lombaire. Il se produit un ballonnement du ventre tel qu'il constitue une véritable difformité apparente sous les vêtements et qui est pour M<sup>lle</sup> de G. une cause de chagrin. Les règles sont peu abondantes, et dès qu'elles apparaissent les phénomènes précédents cessent peu à peu. Dans l'intervalle il y a écoulement constant mais plus abondant à certains moments d'un liquide jaunâtre, tachant le linge et assez irritant pour avoir occasionné un érythème douloureux de la face interne des cuisses et pour rendre la marche pénible. Les antécédents héréditaires laissent un peu à désirer. Le père de M<sup>lle</sup> de G. est mort d'une maladie de cœur ; sa mère vit encore ; mais rhumatisante et atteinte d'une affection des voies digestives, elle est depuis six ans au régime lacté exclusif. En dehors des accidents qu'elle vient de m'énumérer, la jeune fille jouit d'une santé relativement bonne.

Cette première consultation a lieu le 15 janvier 1892 en dehors d'une époque menstruelle et l'examen rhinoscopique, à ce moment, ne révèle qu'une légère déviation siégeant à la partie pos-

térieure de la fosse nasale droite ; et la respiration nasale s'effectue d'une manière à peu près satisfaisante. Je prie M<sup>lle</sup> de G. de revenir se soumettre à un nouvel examen à l'approche de ses règles et je la revois dix jours après. Je constate le ballonnement du ventre et l'examen des fosses nasales me montre une congestion des cornets inférieurs sur presque toute leur longueur et une vascularisation exagérée avec rougeur de la cloison. L'expiration forcée par une narine, l'autre narine et la bouche étant fermées, fait entendre un fort bruit de frottement et l'aile du nez bombe en dehors. L'attouchement avec un stylet de la partie antérieure du cornet inférieur provoque immédiatement du larmoiement et de l'éternuement.

Un badigeonnage avec une solution de cocaïne à 10. p. 100 produit une rétraction et une anémie de la muqueuse, qui de rouge cerise prend une teinte rose pâle.

Nous conseillons à M<sup>lle</sup> de G. de consulter un spécialiste pour sa dysménorrhée, car probablement l'amélioration ou la guérison de cette dernière amènera la guérison de l'affection nasale. Nous avons revu cette année, un an après notre consultation, notre malade qui après bien des hésitations s'était décidée à suivre un traitement spécial indiquée par un médecin de Paris. M<sup>lle</sup> de G. s'est mariée et depuis cette époque elle est parfaitement réglée. L'état général s'est très sensiblement amélioré ; elle a encore ses pertes blanches, mais le liquide bien moins abondant, a perdu son âcreté. Quant à l'obstruction nasale, elle n'a plus reparu depuis le retour régulier des règles.

Les affections des organes génitaux chez la femme peuvent aussi avoir une influence fâcheuse sur le larynx. Cette influence peut se manifester soit par des troubles nerveux réflexes, soit par des congestions passives se produisant sur certaines parties du larynx (état congestif des bandes ventriculaires et surtout des apophyses aryénoïdes) ou enfin par le gonflement du corps thyroïde agissant alors par compression du nerf récurrent comme nous en citerons deux cas.

Cette question a été moins étudiée encore que la précédente et les observations rapportées sont jusqu'ici en petit nombre.

J. N. Mackenzie prétend que la paralysie des adducteurs des cordes vocales accompagne rarement l'aménorrhée, tandis que Lennox Browne regarde au contraire l'aménorrhée et la dys-

ménorrhée comme étant, des affections utérines, celles qui y prédisposent le plus <sup>(1)</sup>.

A l'époque de la puberté on observe quelquefois chez les jeunes filles du spasme de la glotte ou bien encore, sous l'influence d'une émotion quelconque, une toux qui se traduit par de véritables accès paroxystiques ou par de petites secousses plus ou moins régulières. Cette toux qui n'est qu'un phénomène réflexe se rencontre aussi chez les femmes soit au moment de la ménopause, soit à l'occasion d'une métrite chronique, de végétations, d'un polype utérin, etc. Nous avons observé tout dernièrement une dame de 47 ans, bien portante, encore régulièrement réglée, mais ayant des pertes blanches abondantes dans l'intervalle des règles, qui ne pouvait se pratiquer une injection vaginale sans être prise aussitôt d'un accès de toux très violent. Chez cette dame, du reste, très nerveuse et très impressionnable, la moindre émotion, la moindre contrariété produisait le même résultat. L'auscultation des poumons et des bronches, l'examen du larynx étaient absolument négatifs.

La menstruation et la grossesse donnent souvent lieu aussi à de l'hyperesthésie du larynx.

Enfin nous avons vu à Paris, dans un service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu, une jeune femme de 30 ans chez laquelle la compression de l'ovaire gauche provoquait un spasme glottique qui cessait avec cette compression.

Bayer, de Bruxelles, dans une communication faite au 7<sup>e</sup> Congrès international de Londres en 1880 sur « l'influence de l'appareil sexuel de la femme sur l'organe vocal et sur la formation de la voix, » dit : « qu'il n'y a pas le moindre doute que la menstruation et la grossesse n'exercent une influence notable sur le larynx, cette influence peut se manifester sous l'influence de névroses du larynx que nous voyons disparaître spontanément avec le rétablissement de l'équilibre de l'organisme. » Dans le même mémoire, Bayer cite le cas d'une artiste de l'Opéra qui était atteinte à chaque époque menstruelle d'hyperhémie de la muqueuse laryngée et d'exfoliation des cordes vocales qui eussent pu faire croire à une lésion plus grave. Au

(1) LENNOX BROWNE. Loc. cit.



bout de quelques jours l'affection avait disparu et la voix était devenue excellente.

Enfin le même auteur rapporte deux observations qui montrent bien le rôle que peut jouer la menstruation dans certaines affections du larynx.

Dans le premier il s'agit d'une jeune fille atteinte d'une tuberculose du larynx qui, après chaque amélioration apportée par le traitement, présentait une aggravation à chaque apparition des règles.

La seconde observation a trait à une femme atteinte d'une tumeur à l'évolution de laquelle assista l'auteur, et qui d'après lui était un épithélioma évoluant sur un terrain syphilitique. L'affection présentait dans le cours de son évolution à deux ou trois reprises une aggravation très notable coïncidant avec les règles et disparaissant en quelques jours <sup>(1)</sup>.

J'ai eu l'occasion de réunir quelques cas de troubles divers du larynx sous l'influence de désordres génitaux et j'ai choisi les quatre observations suivantes qui présentent chacune un caractère particulier.

OBSERVATION. I — M<sup>lle</sup> Marie R., 22 ans. Menstruation irrégulière ; les règles apparaissent tous les deux ou trois mois, le sang est très peu abondant et très peu coloré. Pas de pertes blanches. Les époques menstruelles sont toujours accompagnées de coliques et de douleurs lombaires. M<sup>lle</sup> R. qui est domestique, est obligée de faire tous les jours un service très fatigant. Elle est anémique ; les gencives sont pâles, les sclérotiques bleuâtres, elle a fréquemment des palpitations, surtout après un exercice fatigant. L'auscultation révèle un bruit de souffle à la base au niveau des gros vaisseaux ; prolongation du même bruit dans les carotides. Rien dans les poumons. Réglée à l'âge de 18 ans. Depuis cette époque elle ressent à chaque période menstruelle des picotements dans la gorge, qui l'obligent à tousser. Il n'y a pas de quintes, mais une petite toux sèche, au timbre métallique, se reproduisant très souvent dans la journée ; pas d'expectoration,

(1) BAYER. Communication faite à la première réunion annuelle des laryngologistes et otologistes belges en 1890. (In *Revue de laryng. otol. etc.*, n° 23).

quelques bourdonnements intermittents dans les oreilles ; la voix devient voilée.

Examen laryngoscopique : anémie de l'épiglotte et du vestibule laryngien. La muqueuse des aryténoïdes est un peu plus rouge et cette rougeur qui se présente sous la forme d'un petit pointillé très fin va en s'atténuant sur les replis aryténo-épiglottiques ; cette rougeur disparaît sous la pression du stylet. Quelques vaisseaux apparaissent sur les cordes vocales, sur le bord libre et surtout à la commissure postérieure. On remarque une sorte de paresse dans les mouvements des C. V. Les bandes ventriculaires ne présentent rien de particulier, si ce n'est une décoloration assez marquée. L'examen laryngoscopique, très facile, permet d'apercevoir la trachée jusqu'à sa bifurcation.

Ce premier examen a lieu le 12 décembre 1890, et depuis cette époque, nous avons pu suivre notre malade qui a été soumise seulement à un traitement général tonique et fortifiant : hydrothérapie, exercice régulier, ferrugineux à l'intérieur. Au commencement de l'année courante 1893, la menstruation s'était à peu près régularisée et les phénomènes laryngiens avaient complètement disparu ; la muqueuse du vestibule avait sa couleur normale, la voix était claire. Les palpitations étaient bien moins fréquentes et il n'y avait plus de bourdonnements dans les oreilles. On voyait encore quelques petits vaisseaux rouges sur le bord libre des cordes vocales et toujours vers la commissure postérieure.

OBSERVATION II. — Madame Louise A., 20 ans. Mariée depuis un an et demi. Réglée à 15 ans, irrégulièrement. Les règles apparaissent parfois deux fois dans le même mois ; d'autres fois, au contraire, il y a entre deux périodes des intervalles plus ou moins longs mais jamais réguliers. Chaque époque est précédée de coliques, ballonnement du ventre, sensation de pesanteur dans le bas-ventre, douleurs dentaires. Du côté de la gorge, il n'y a ni picotements, ni démangeaisons, mais seulement au moment des règles un affaiblissement du timbre de la voix qui va quelquefois jusqu'à l'aphonie presque complète, la malade ne peut parler qu'à voix très basse. Comme antécédents héréditaires, rien d'anormal. Antécédents personnels : angines fréquentes dans l'enfance, ablation des amygdales à l'âge de douze ans ; à six ans, une rougeole bénigne.

Au moment de cette première consultation, l'examen du larynx est absolument négatif ; il y a de la pharyngite chronique avec quelques grosses granulations disséminées et dans les fosses na-

sales une déviation de la partie postéro-inférieure gauche de la cloison.

Un nouvel examen est pratiqué quinze jours après, au moment où commencent à se faire sentir les signes habituels précurseurs des règles. Le miroir montre un gonflement des éminences ary-ténoïdes et des replis aryténo-épiglottiques. La muqueuse est d'un rouge violacé et l'attouchement au stylet donne la sensation d'une pâte molle. L'application d'une solution de cocaïne à 10 p. 100 fait un peu diminuer ce gonflement et rend la muqueuse d'une teinte un peu moins foncée. Les cordes vocales ont un aspect normal, mais elles ne se rejoignent pas complètement dans les moments de phonation.

Je n'institue aucun traitement et je conseille à madame A. de consulter pour ses troubles génitaux. Je n'ai pas revu la malade, mais j'insiste sur ce point que les phénomènes laryngés ont toujours coïncidé avec l'époque de l'apparition des règles, ne se sont jamais produits en dehors d'elles, et qu'enfin ils ont toujours disparu avec elles.

OBSERVATION III. — M<sup>lle</sup> C., 21 ans. Cette jeune fille qui habite la campagne est grande et forte, le teint est coloré ; les parents vivent encore bien portants. Antécédents personnels : une angine couenneuse à l'âge de 4 ans. Ordinairement assez bien réglée, mais il y a six mois environ que des retards se sont montrés dans l'apparition des règles. Depuis la même époque, M<sup>lle</sup> C. se plaint de bourdonnements dans l'oreille gauche, d'une gêne légère à la déglutition et d'un enrrouement permanent. Il n'y a ni toux, ni expectoration anormale, ni douleur.

L'examen de l'oreille est négatif ; l'oreille externe et l'oreille moyennes sont saines ; la trompe d'Eustache est libre, l'air arrive facilement dans la caisse, ainsi que je m'en assure par le cathétérisme et l'auscultation ; l'ouïe est excellente et la perception osseuse très nette. Nous ne trouvons également rien dans le nez, le pharynx et le larynx, peut-être pourrait-on noter un peu de rougeur des aryténoïdes, de l'aryténoïde droit surtout.

M<sup>lle</sup> C. nous fait remarquer qu'elle a depuis le même temps une grosseur au-devant du cou, plus prononcée à droite qu'à gauche. Cette tumeur qu'on délimite assez bien avec les doigts peut avoir le volume d'un œuf de poule, mais lorsqu'on l'examine sans la saisir, elle ne fait qu'une saillie assez légère. Il n'y a pas de changement de couleur à la peau, pas de douleur à la pression. La tumeur occupe exactement la place de la glande thy-

roïde, elle est immobile sur les parties sous-jacentes, mais elle suit les mouvements du larynx. A l'auscultation on entend un léger bruit de souffle qui paraît provenir de la tumeur elle-même.

Nous diagnostiquons un engorgement vasculaire de la glande thyroïde, plus accusé vers le lobe droit. M<sup>lle</sup> C. a quelquefois, après une fatigue, des palpitations de cœur. Il n'y a pas la moindre exophtalmie.

La coïncidence de l'apparition de ces phénomènes avec le moment où les règles ont commencé à être irrégulières, me fait supposer que le trouble des fonctions génitales est la seule cause de tout le mal.

En conséquence, je prescris des pulvérisations avec une solution très étendue de cocaïne, l'iodure de potassium à l'intérieur à la dose de 1 gramme par jour et un traitement propre à favoriser la menstruation; et j'ai le plaisir quatre mois après, de revoir ma jeune malade, à peu près complètement guérie. Les règles sont plus régulières, l'hypertrophie du thyroïde a notablement diminué de volume; il n'y a plus de gêne à la déglutition, ni de bourdonnements d'oreilles.

OBSERVATION IV. — M<sup>lle</sup> Mathilde F., 25 ans, vient me consulter le 10 octobre 1892. Elle se plaint de piqures dans la gorge et d'enrouement. Antécédents héréditaires inconnus. Antécédents personnels: fièvre typhoïde à l'âge de 12 ans. Etat général médiocre. L'examen du cœur ne révèle rien. On trouve au sommet du poumon gauche une petite zone de sub-matité avec une légère diminution en cet endroit du murmure vésiculaire. Depuis deux ans, règles très irrégulières; intervalles de deux, trois et quatre mois entre chaque époque menstruelle. Celles-ci sont précédées de douleurs dans le ventre, surtout du côté gauche et dans la région lombaire. Pas de pertes blanches.

Au-devant du cou, une tumeur située à la droite de la trachée, faisant corps avec la glande thyroïde et composée de deux portions, l'une inférieure, plus volumineuse, de la grosseur d'un œuf de poule, l'autre située au-dessus et en arrière de la première, dans l'espace compris entre le bord antérieur du sterno-mastoidien et la trachée. Cette dernière paraît située sur le trajet des vaisseaux, elle ne fait pas de saillie sous la peau, et on ne la trouve qu'à la palpation lorsque la tête est fléchie et les muscles dans le relâchement. Quand on fait exécuter à la malade des mouvements de déglutition, on voit très nettement la portion inférieure de la tumeur suivre le mouvement d'ascension du larynx; quant à la

portion supérieure, elle est alors cachée derrière la première, on ne peut la saisir entre les doigts, et il est à peu près impossible de reconnaître si elle suit aussi ce mouvement ; elle est un peu douloureuse à la pression.

A l'auscultation, on entend un bruit de souffle isochrone au pouls et plus accusé à la partie supérieure de la tumeur.

Examen des fosses nasales négatif. Dans le pharynx buccal, je trouve de la rougeur des piliers antérieurs et je vois la paroi postérieure hyperémiee et parcourue par un lacis de petits vaisseaux dilatés.

Le laryngoscope ne révèle rien d'anormal dans le vestibule de la glotte ; mais dans la phonation, la corde vocale droite ne parvient pas à rejoindre la ligne médiane, elle s'excave en son milieu de manière à former une sorte de croissant ou de faucille et reste en position cadavérique.

Après cet examen pratiqué aussi minutieusement que possible, je diagnostique une paralysie de la corde vocale droite par compression du récurrent du même côté ; mais je réserve mon diagnostic quant à la nature de la petite tumeur située au-dessus et en arrière du lobe droit hypertrophié du corps thyroïde. Le siège de cette tumeur sur le trajet des vaisseaux, le bruit du souffle plus accentué à son niveau me font craindre une dilatation vasculaire.

Je conseille, comme traitement, des badigeonnages sur le fond de la gorge avec une solution iodo-iodurée.

A l'intérieur : eau-de-vie allemande par cuillerée à café tous les matins, deux granules par jour de sulfate de strychnine et d'atropine et enfin iodure de potassium à la dose d'un gramme, puis de deux grammes, par jour, pris avant le repas.

Un mois après environ, la malade me rend compte par lettre du résultat de ce traitement. Les picotements de la gorge ont cessé et la voix est un peu plus claire ; quant à la tumeur, elle paraît avoir un peu diminué de volume. La malade éprouve de l'excitation nocturne et un affaiblissement de la vue, il y a aussi quelques douleurs dans le côté droit de la tête et dans le membre supérieur droit. Les règles sont venues sans accidents.

Je fais continuer le même traitement pendant un mois encore, en supprimant les granules de strychnine et d'atropine, et je revois la malade au bout de ce temps, c'est-à-dire deux mois après ma première consultation. La corde vocale droite se rapproche sensiblement de la ligne médiane sans arriver encore à la position normale, dans les mouvements de phonation. Il y a une di-

minution très marquée de l'hypertrophie du lobe droit du corps thyroïde et il est de plus en plus difficile de sentir la petite tumeur supérieure qui paraît ne pas faire partie de la glande. Le bruit du souffle existe encore, mais il est moins fort. L'état général est meilleur. Les règles se sont montrées régulièrement.

Suppression du collutoire iodo-ioduré ; continuation de l'eau-de-vie allemande et de l'iodure, ce dernier à la dose d'un gramme par jour, en deux fois.

En avril 1893, c'est-à-dire tout récemment, nous recevons une dernière lettre apportée par une parente de la malade qui nous transmet en même temps ses remerciements, car, nous dit-elle, tout est maintenant rentré dans l'ordre.

A mon grand regret, je n'ai pu pratiquer un troisième examen, mais je pense que la petite tumeur, qui avait tenu mon diagnostic en suspens au début, doit être considérée comme une de ces glandes accessoires du corps thyroïde que l'on rencontre assez souvent et qui était aussi hypertrophiée.

On observe encore, chez les leucorrhéiques, de l'anémie des muqueuses du pharynx et du larynx. J'en ai en ce moment un exemple chez une de mes malades à Allevard. Cette dame, âgée de 47 ans, est affligée d'un écoulement blanc, qui se montre surtout abondant quelques jours avant l'apparition des règles. A ce moment, la muqueuse et la paroi postérieure du pharynx, ainsi du reste que celle des piliers, de la luette et du larynx, devient d'un blanc grisâtre ; lorsque le flux menstruel est terminé et la leucorrhée moins abondante, la muqueuse reprend une couleur rosée.

Il est à remarquer, que dans les deux premières observations, les troubles laryngés provenaient de lésions intrinsèques du larynx, tandis que dans les deux dernières ils provenaient, au contraire, de lésions de voisinage toutes, à notre avis, sous l'influence des désordres de l'appareil génital.

Les lésions intrinsèques ont été constituées par du gonflement et de la rougeur de la muqueuse laryngée sur les replis aryéno-épiglottiques et sur les aryénoïdes, c'est-à-dire sur les points où la muqueuse et le tissu sous-muqueux offrent la plus grande épaisseur et où l'on rencontre le plus souvent l'inflammation et l'œdème. Il nous paraît que l'on doit consi-

dérer cet état de la muqueuse laryngée comme étant analogue à la dilatation vasculaire des cornets des fosses nasales, dans les mêmes conditions ; et, de même que cette dernière peut, à la longue, produire une hypertrophie vraie, nous sommes disposé à supposer que l'hyperémie répétée de la muqueuse laryngée peut aussi déterminer une laryngite chronique par hyperplasie de cette muqueuse, au niveau des points que nous avons indiqués précédemment.

Quant au gonflement du corps thyroïde, c'est encore là évidemment de la congestion passive, phénomène qui n'offre rien de surprenant avec l'un des organes les plus vasculaires de l'économie.

Nous croyons cependant qu'il faut admettre, pour expliquer l'influence des troubles génitaux sur ces organes, que ceux-ci, doués déjà d'une structure histologique éminemment favorable à cette influence, se trouvent en outre dans un état spécial, quelquefois véritablement pathologique, qui en fait un *locus minoris resistentiæ*. Nous avons vu une jeune fille de 18 ans, atteinte depuis l'âge de 10 ans, d'une otite double suppurée, avec fongosités polypoïdes dans la caisse et le conduit externe, à la suite d'une fièvre typhoïde. Cette jeune fille était très mal réglée et à chaque époque menstruelle, il se produisait, si les règles n'apparaissaient pas, de petites hémorragies dans les deux oreilles.

Le Dr Joal (du Mont-Dore), dans une Communication récente à la Société Française d'Otologie et de Laryngologie, rapporte l'observation d'une jeune fille de 21 ans qui, à partir du moment où la menstruation devint irrégulière, présente les phénomènes suivants : cuissons au niveau du larynx, difficulté d'avaler, toux fréquente, légère dyspnée, crachats sanguinolents venant après les quintes de toux. Dans l'intervalle des règles, les crachats sanguins sont plus rares, pour redevenir plus fréquents à l'époque suivante. Une amélioration s'étant montrée dans l'état général, les règles devinrent plus abondantes et les crachats sanglants moins nombreux. L'examen en dehors de l'époque menstruelle montre une hypertrophie accentuée de l'amygdale linguale qui présente un aspect mûriforme. Il n'y a ni croûtes noirâtres ni dilatations variqueuses

à la base, sur les bords et à la face inférieure de la langue. La veille de l'apparition des règles, le laryngoscope montre une poussée hyperémique sur l'amygdale linguale.

L'hypertrophie amygdalienne fut traitée au galvano-cautère. Enfin l'auteur a pu examiner tout récemment la jeune fille dont la santé est maintenant bonne. Il n'y a plus de troubles menstruels et plus d'expectorations sanguines.

Nous tenons aussi à rapporter entièrement les paroles suivantes de notre distingué confrère à propos de cette observation : « Nous devons, aussi, à propos de notre troisième observation, attirer l'attention sur les congestions momentanées « qui se produisent du côté de la tonsille linguale au moment « des époques menstruelles et l'on sait que pour certains auteurs il y aurait des liens physiologiques entre l'anneau « amygdalien et les organes génitaux. Harvey (1854) Chassaignac (1854) P. James (1859) Desnos (1845) Bertholle (1866) « Meilon (1877) Genêt (1882) ont soutenu cette opinion. Mais, « comme nous le disions déjà en 1886, dans notre travail sur « l'orchite et l'ovarite amygdaliennes, nous ne saurions souscrire à une pareille doctrine ; il s'agit alors simplement de « phénomènes mécaniques, le sang dévié de l'appareil utéro-ovarien se porte dans l'économie, vers l'organe le plus vasculaire, vers le *locus minoris resistentiæ*. »

Qu'on nous permette de dire, pour conclure, que si les observations de ce genre se sont montrées aussi rares jusqu'ici, cela tient peut-être à la tendance malheureusement trop grande que l'on a dans la spécialité à ne voir que la lésion locale. Il est probable que si, à l'examen du spécialiste proprement dit, s'ajoutait un examen général approfondi, une revue minutieuse de chaque organe en particulier, on découvrirait souvent dans les troubles ou le mauvais état de l'un de ceux-ci l'origine, la cause première d'une affection qu'au premier abord on avait cru primitive et purement locale. C'est là certainement une méthode un peu longue, mais c'est aussi la plus sûre pour arriver à poser un diagnostic précis et par conséquent à instituer une thérapeutique rationnelle et efficace.



## LE BROMURE D'ÉTHYLE EN OTO-LARYNGOLOGIE

Par le Dr **F. HELME.**

Il semblerait au premier abord que tout a été dit sur l'anesthésie par le bromure d'éthyle. Dans notre domaine particulièrement Moritz Schmidt, de Francfort, puis Calmettes, Martin et Lubet Barbon, — ce dernier avec une remarquable ténacité, — ont cherché à démontrer la supériorité de cet agent. Et cependant, quand on regarde les choses d'un peu près, on se rend compte de certaines préventions, de craintes vagues, qui ont retardé jusqu'ici la vulgarisation de son emploi. Hier encore, à l'avant-dernière réunion de la Société de Laryngologie française (mai 92) Lubet-Barbon revenait une fois de plus sur ce sujet à propos de l'ablation des végétations adénoïdes. Il citait sa propre expérience, exposait les services que lui rend journellement le bromure d'éthyle. Eh bien, à part un de nos confrères de province qui avait vu, et qui s'associait sans réserve aux conclusions de l'auteur de la communication, tous les autres membres de la Société refusaient de se montrer convaincus, les uns déclarant vouloir s'en tenir au chloroforme, les autres à l'opération sans aucune anesthésie. On entendit même en cette occasion l'éloge des petits malades de diverses provinces, qui tous supportaient avec courage l'opération sans qu'on jugeât utile de recourir à une pratique nouvelle.

Il nous a donc paru qu'une revue sur le bromure d'éthyle pourrait présenter encore quelque intérêt, même (j'allais dire surtout) après l'excellent mémoire que viennent de publier, dans la *Revue de Chirurgie*, Hartmann et Bourbon. Ce tra-

vail est le résumé de la pratique du service du professeur Terrier. Il nous montre que la grande chirurgie, loin de rester en cette circonstance étrangère aux progrès nouveaux, a su prendre chez les spécialistes ce qu'il y avait de bon. Ce n'est pas d'aujourd'hui d'ailleurs que les chirurgiens ont pensé pouvoir profiter de l'anesthésie par le bromure d'éthyle. Mais il faut bien le reconnaître avec Dastre, l'histoire de l'anesthésie n'offre qu'une série de réinventions, et après force discussions et controverses l'agent découvert en 1824 par Sérulaz, employé puis délaissé tour à tour, ne sera entré dans la pratique de la chirurgie journalière que grâce à l'initiative du professeur Terrier et de M. Segond.

Comment un anesthésique aussi simple, aussi sûr dans ses effets, est-il demeuré si longtemps dans l'oubli ? Cela tient d'une part à un fâcheux voisinage, à une synonymie regrettable, synonymie — ô puissance des mots ! — qui a coûté la vie à plusieurs malades. On a confondu en effet trop souvent le bromure d'éthyle avec le bromure d'éthylène. Ce dernier corps n'est pas anesthésique, mais il est en revanche d'un emploi dangereux, et il suffit de relire le mémoire d'Hartmann et Bourbon pour voir avec ces auteurs qu'on a mis la plupart du temps sur le compte du bromure d'éthyle les méfaits causés par son redoutable voisin. Mais ce n'est pas tout. Le bromure d'éthyle, qui se prépare en décomposant le bromure de potassium par l'acide sulfurique en présence de l'alcool éthylique, est souvent impur ; en outre il s'altère facilement à la lumière. Ce sont là, avouons-le, de mauvaises conditions pour un médicament d'usage courant. Il n'est cependant pas téméraire d'affirmer que tout chirurgien pourra disposer désormais d'un produit bien préparé et chimiquement pur. L'usage du bromure d'éthyle est d'une part devenu très fréquent ; d'autre part on sait assez bien le conserver dans des ampoules colorées pour qu'on n'ait plus à redouter son impureté. Ajoutons enfin qu'il est toujours facile de reconnaître la qualité et l'état de conservation du médicament. Le bromure d'éthyle pur est un liquide incolore, à odeur éthérée et non alliée, comme on l'a dit souvent. Il sera donc toujours possible de voir si le produit qu'on a sous la main offre

toutes les garanties désirables. Mais ce ne sont pas là les seuls reproches qu'on ait pu faire au brométhyl ; il en est un plus grave, c'est la rapidité presque foudroyante de son action. Nous allons voir que cette objection, pour n'être pas sans valeur, ne nécessite qu'un peu de prudence, et à ce titre là le chloroforme doit être, lui aussi, donné avec ménagement.

Dans son travail sur l'anesthésie, Dastre, suivant pas à pas les étapes de la narcose, nous montre que le chloroforme, choisi comme exemple, agit d'abord sur le cerveau, puis sur la moelle, enfin sur le bulbe. Avant de paralyser chacun de ces centres, il exerce sur eux une irritation que l'on peut cliniquement observer tous les jours. Dès le début de la chloroformisation, le malade a du délire (irritation du cerveau). Il a ensuite de l'agitation, des mouvements de défense (irritation de la moelle), et ces mouvements se produisent au moment même où le cerveau commence à se paralyser. Enfin la motilité est bientôt abolie, et l'on peut constater d'abord sur les membres puis au niveau du tronc l'absence de tout réflexe pour arriver au dernier terme, l'insensibilité de la cornée. On voit qu'il y a là une gradation dans les effets du poison, et que ces effets se manifestent par des signes cliniques qui permettent au chirurgien de graduer les doses pour s'arrêter juste au point précis où le bulbe serait atteint, ce qui amènerait l'arrêt du cœur et de la respiration.

Il n'en va pas de même avec le bromure d'éthyle ; « les hémisphères cérébraux, la moelle et le bulbe sont bien plus sensibles à son action, de sorte que la période d'excitation est pour ainsi dire brûlée dans tous les cas. La phase de paralysie des activités nerveuses est atteinte d'emblée sans être précédée de la phase d'exaltation de ces activités, au moins d'une manière appréciable ». Ce serait là une condition défavorable si tous les centres se paralysaient à la fois. Heureusement il n'en est rien. Si le bromure agit sur le cerveau avec une rapidité en quelque sorte foudroyante, il ne paralyse que bien plus tard le centre médullaire, si bien qu'il remplit surtout les conditions d'un excellent analgésique. « Un long intervalle s'écoule entre le moment où l'agent frappe le cerveau et celui où il frappe l'axe nerveux. Le sujet peut encore faire des mouve-

ments, avoir toutes les apparences de la sensibilité alors qu'il est déjà insensible. » Nous insistons sur cette propriété parce qu'elle constitue le grand avantage du brométhyl et qu'on a toujours trop de tendance à vouloir l'employer comme anesthésique. On a oublié trop facilement que ce que nous cherchons à obtenir ici c'est l'analgésie et non l'anesthésie. Si l'on sait se contenter de la puissante action du médicament sur le cerveau, on a peu de dangers à redouter. Ne produisant pas d'irritation, le bromure n'expose pas en effet à l'éventualité redoutable du laryngo-réflexe. On sait qu'au début de la chloroformisation l'excitation brusque des filets du trijumeau peut par réflexe occasionner l'arrêt subit du cœur, (laryngo-réflexe des physiologistes). On n'aura rien à redouter de ce chef avec cet anesthésique qui, lui, nous le répétons, n'est pas irritant. Disons pour terminer que son action sur les vaisseaux n'est pas moins intéressante. Il dilate le réseau des capillaires et par conséquent amène la congestion de la face, d'où la facilité qu'on a d'opérer les malades assis, ce qu'on ne saurait faire avec le chloroforme.

Voilà, dira-t-on, un médicament qui a bien des qualités ; mais il y a toujours le revers de la médaille, et si ses effets sont prompts et sûrs, son usage prolongé ne serait que plus dangereux. Il faut donc, et c'est sur ce point qu'on a tant insisté, savoir administrer le bromure d'éthyle et en doser avec soin la quantité pour s'arrêter dès qu'on a obtenu l'effet utile, l'analgésie. Prenons comme type l'opération, fréquente entre toutes, des végétations adénoïdes, et voyons cliniquement, comme nous l'avons fait tout à l'heure au point de vue physiologique avec Dastre, la différence d'action des deux agents, chloroforme et bromure. Dans le premier cas, l'opérateur, assisté de deux aides, endort le malade étendu sur la table d'opération. L'anesthésie obtenue, la tête qui portait d'abord sur la table est rejetée en arrière ; d'aucuns laissent pendre dans le vide. On fait alors une ou deux prises à la pince, puis on abraie à la curette. Mais au cours de ces diverses manœuvres l'hémorrhagie se produit et le sang qui remplissait le cavum ressort bientôt par les narines, coule sur les yeux et le front, de sorte qu'à la fin de l'opération, il n'est pas

rare de voir la face du malade couverte de sang. Je ne m'attarde pas, et à dessein, sur les dangers de la chloroformisation en elle-même et sur sa durée ; chacun de nous connaît tout cela suffisamment. Je ne retiens que cette complication, minime en apparence, du sang répandu. On me dira que cela ne doit pas préoccuper le chirurgien, mais je suis bien obligé de répondre que dans notre domaine nous devons toujours rester modestes et laisser les grandes effusions sanguines à la grande chirurgie. J'ajouterai même que j'ai entendu des confrères déclarer, après avoir assisté à des opérations de ce genre, pratiquées par des spécialistes instruits et maîtres de leur art, qu'ils redouteraient toujours et reculeraient le plus possible des interventions d'apparence aussi brutale. J'admets volontiers que cette opinion soit exagérée, mais nous devons bien en tenir compte. Ce sont les médecins qui nous font appeler et non les chirurgiens, et si nous voulons vulgariser et faire accepter par tous nos opérations, ne devons-nous pas les rendre aussi simples que possible ? Et cela surtout pour les végétations adénoïdes dont l'ablation rend tant de services aux malades !

Avec le bromure d'éthyle, rien d'aussi tragique ni d'aussi compliqué. Le petit malade est assis sur les genoux d'un aide, qui lui maintient les jambes entre les siennes. Tandis qu'avec sa main droite l'aide fixe la tête du malade, avec sa main gauche il lui tient solidement les mains qui, pour plus de précaution, sont emprisonnées dans une alêze faisant le tour du corps. On verse alors sur un masque de flanelle ou à défaut sur une compresse, et d'un seul coup, 3 à 5 grammes de bromure d'éthyle et on l'applique sur le visage du patient. Dans un espace de temps qui varie entre quelques secondes et une minute, temps que l'on ne doit jamais dépasser, l'analgésie est obtenue <sup>(1)</sup>. L'opération faite, l'in-

(1) Si l'on continue trop longtemps l'application du masque il peut se produire de la contracture des mâchoires. C'est là une petite complication qu'on pourra éviter en ne donnant le Brométhyl que pendant quelques secondes et en se basant sur ce fait que lorsque l'analgésie commence à se produire la pupille se dilate et les vaisseaux de la conjonctive se congestionnent d'une manière appréciable.

sensibilité est encore suffisante, bien que l'enfant soit réveillé, pour qu'on puisse exécuter les diverses manœuvres qui la complètent. L'enfant peut de lui-même aller à son lit sans qu'il reste, pour ainsi dire, aucune trace de l'opération qu'il vient de subir. Loin de moi la pensée de critiquer en aucune façon ceux qui n'usent pas du bromure d'éthyle. Ils ont pour cela leurs raisons et je ne saurais rien y redire. Mais pour la pratique courante l'emploi de cet anesthésique nous a paru bien plus simple et c'est ce que nous voulions montrer.

Dans le service du professeur Terrier, le bromure d'éthyle a été jugé si utile qu'on en a généralisé l'usage. Si nous nous reportons au travail d'Hartmann et Bourbon, nous verrons que le chirurgien de Bichat, non seulement l'emploie seul pour les petites opérations, mais encore que dans les grandes interventions on a imaginé de l'associer au chloroforme pour éviter la période d'excitation. Je ne m'étendrai pas sur cette méthode mixte, bromure et chloroforme, renvoyant ceux qui la voudraient connaître mieux au remarquable mémoire de la Revue de Chirurgie. Je la signale simplement pour montrer une fois de plus combien l'usage du bromure tend à devenir fréquent.

J'ai pris tout à l'heure comme exemple les végétations adénoïdes. C'est là une opération rapide pour laquelle une seule dose de bromure est bien suffisante. Dans les interventions plus longues, Hartmann, Bourbon et d'autres chirurgiens conseillent de réappliquer le masque, imbibé à nouveau, chaque fois que la sensibilité revient. Cette pratique est, à notre avis, plus délicate, si non plus dangereuse, et nous hésiterions à l'employer, encore qu'elle n'ait donné lieu à aucun accident <sup>(1)</sup>.

(1) DASTRE. Les anesthésiques. Paris, 1880. — CALMETTES et LUBET-BARBON. Nouveau procédé pour opérer les végétations adénoïdes. *Gazette hebdomadaire*, 23 août 1890. — *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, Paris, 1880. — TERRIER. *id.* 1892. tome XVIII. — LUBET-BARBON. De l'emploi du bromure d'éthyle comme anesthésique. *Société française de laryngologie et Archives internationales de laryngologie*, janvier-février 1892. — H. HARTMANN et H. BOURBON. Le bromure d'éthyle comme anesthésique général. *Revue de chirurgie*, 10 septembre 1893.

Je ne ferai que de mentionner les contre-indications de l'usage du bromure qui sont celles des anesthésiques en général. On devra donc toujours, avant d'en faire usage, se rendre compte de l'état du cœur et des poumons.

Voyons maintenant dans quel cas le médicament pourra nous rendre service. D'une façon générale, nous dirons qu'on se trouvera bien de son emploi toutes les fois qu'on aura à pratiquer une opération douloureuse et de courte durée. En premier lieu, nous avons cité l'opération des végétations adénoïdes; nous n'y reviendrons pas. Chez certains enfants indociles on pourra l'employer encore pour l'amygdalotomie. Il rendra encore des services pour l'ablation des queues de cornet, et l'opération des éperons de la cloison. En ce qui concerne la chirurgie auriculaire, son emploi ne sera pas moins fréquent. On sait avec quelle ténacité, souvent désespérante, les petits malades se défendent lorsqu'il s'agit d'une intervention, si minime soit-elle, sur leurs oreilles. Nul n'ignore d'autre part combien l'immobilité du patient nous est indispensable. On l'obtiendra facilement avec le brométhyl, et l'on pourra ainsi, soit retirer un polype, soit enlever un corps étranger du conduit, soit pratiquer une incision de Wilde, ou un curettage de la caisse. Enfin chez les tout jeunes enfants atteints de surdi-mutité, on pourra avoir besoin d'explorer les trompes par le cathétérisme, on se trouvera bien de son usage. Je ne cite que pour mémoire l'ablation du manche du marteau, opération longue et délicate et pour laquelle l'emploi du bromure est plus discutable. Je termine en répétant ce que je disais plus haut, à savoir que le brométhyl rendra les plus grands services dans tous les cas où l'on aura à pratiquer des opérations douloureuses et de courte durée.

Abritant les conclusions de cette revue derrière l'autorité des chirurgiens, je dirai, après Hartmann et Bourbon, que « dans les opérations courtes nous ne connaissons actuellement rien de supérieur au mode d'anesthésie par le bromure d'éthyle. »

---

## SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ ALLEMANDE D'OTOLOGIE

*Deuxième réunion tenue à Francfort-sur-Mein  
les 20 et 21 mai 1893 (1).*

**1<sup>o</sup> DENKER. Courte communication sur l'anatomie et la physiologie de l'oreille moyenne du cheval.** — L'auteur compare l'oreille de l'homme avec celles des autres mammifères, en particulier avec celles du cheval, du bœuf et du porc ; il montre des préparations osseuses de l'oreille de ces divers animaux. A l'aide d'expériences délicates pratiquées sur des temporaux de chevaux, D. a cherché à apprécier l'étendue maxima de l'incursion et de l'excursion de la chaîne des osselets, lorsqu'on augmente et lorsqu'on diminue la pression dans la caisse. L'amplitude de ces mouvements, mesurée par les oscillations d'un manomètre labyrinthique, est moindre chez le cheval que chez l'homme.

**2<sup>o</sup> SIEBENMANN. Nouvelles recherches sur la vascularisation du limaçon et du vestibule.** — S. décrit trois artères principales dans le labyrinthe : l'a. vestibulaire, l'a. cochléaire et l'a. vestibulo-cochléaire.

Il en indique le trajet et les ramifications. Le sang veineux est ramené par trois voies principales : les veines de l'aqueduc du vestibule, celles de l'aqueduc du limaçon et celles du plexus du conduit auditif interne. Ces détails anatomiques sont déjà connus pour la plupart. La partie vraiment originale du travail de l'auteur consiste dans la description minutieuse de trois réseaux capillaires, indépendants les uns des autres, qui irriguent l'un la lame spirale, l'autre le canal de Rosenthal et les ganglions, le troisième la membrane qui revêt les parois externe, supérieure et inférieure du canal du limaçon.

**3<sup>o</sup> LEMCKE. De l'hyperostose du rocher ; ses rapports avec les processus intracrâniens d'origine otitique.** — Quelques auteurs

(1) Compte-rendu par le Dr BURKNER. *Archiv für Ohrenheilkunde*, 1893. Bd. 35. Heft 1 et 2.



ont soutenu que, dans les suppurations chroniques de l'oreille, l'hyperostose du rocher sert de moyen de protection pour le cerveau et les méninges. L'analyse des cas publiés n'est pas favorable à cette façon de voir ; il semble au contraire que cette hyperostose soit une complication aussi sérieuse que fréquente.

4<sup>e</sup> HARTMANN. **De l'hyperostose du conduit auditif externe.** — H. présente deux pièces sur chacune desquelles on constate une hyperostose diffuse de la portion tympanique du conduit. Les parois antérieure et postérieure du conduit sont également saillantes ; la rétrécissement revêt l'aspect d'une fente. Dans le fond du conduit il existe de petites saillies globuleuses au niveau du point d'union de la portion tympanique avec l'écaille du temporal. Comme il s'agit en somme d'un épaississement de toute la région constituée primitivement par l'os tympanal, il convient de donner à ces altérations le nom d'hyperostose plutôt que celui d'exostose. Il n'est relativement pas rare de voir dans la pratique des lésions analogues, bien que cependant moins prononcées. Ces excroissances siègent tantôt dans la portion externe du conduit, tantôt et plus souvent dans la profondeur, près de la membrane, des deux côtés du segment de Rivinus. Ces hyperostoses sont presque constamment symétriques ; leur volume reste stationnaire. Il s'agit vraisemblablement d'une anomalie de développement.

5<sup>e</sup> BEZOLD. **Ablation d'un étrier.** — Pour contrôler les effets de l'ablation de l'étrier recommandée en Amérique comme ayant une influence favorable sur le pouvoir auditif dans les affections chroniques suppurées ou non de la caisse, B. s'est décidé à pratiquer cette opération chez l'une de ses malades atteinte d'une otite moyenne suppurée bilatérale. L'extraction fut pratiquée à droite, du côté où l'audition était la moins bonne.

Au moment de l'extraction, la malade s'affaissa du côté gauche, en poussant un profond soupir ; elle pâlit et sa peau se couvrit de sueurs ; relâchement musculaire complet ; connaissance conservée. Au moment où elle se releva, la malade éprouva un vertige intense et eut deux vomissements. Le vertige ne disparut qu'au bout de près de trois semaines. Les jours qui suivirent l'opération, la surdité fut absolue ; mais au bout de trois semaines il se produisit un faible retour de la sensibilité auditive (2 c. pour la conversation) qui depuis resta cependant moindre qu'auparavant (10 c.). Ce retour partiel de la sensibilité s'explique, selon B., par l'extraction incomplète de l'osselet. La lame cartilagineuse de la platine était en effet restée en place :

en s'épaississant et en s'ossifiant, elle était arrivée à jouer le même rôle que la platine elle-même.

6° KORNER. **Présentation d'un séquestre remarquable.** — Séquestre provenant de l'apophyse mastoïde d'une fillette de onze ans. Sur sa face antérieure on voit une demi-gouttière se dirigeant de dehors en dedans et représentant la paroi postérieure d'un canal opératoire creusé jusqu'à l'antre, 3 ans et 4 mois auparavant. L'opérateur avait donc trépané moitié en tissu nécrosé, moitié en tissu sain.

7° KUHN. **Présentation de pièces.** — Quatre temporaux provenant de malades dont deux sont morts de phlébite des sinus, et les deux autres de carcinome de l'oreille moyenne.

8° V. WILD. **La percussion de l'apophyse mastoïde, à propos d'un cas de pyohémie consécutive à une affection aiguë de cette apophyse.** — L'auteur a déjà exposé, dans un travail antérieur, les avantages que l'on peut retirer de la percussion de l'apophyse avec un marteau métallique pour le diagnostic précoce de la carie du temporal.

Il a observé récemment un cas d'otite moyenne suppurée où l'obscurcissement du son de percussion fut le seul signe local de l'affection osseuse et qui se compliqua de plus des signes habituels de la pyohémie. L'ouverture de l'apophyse fut suivie d'une amélioration rapide et bientôt d'une guérison définitive. — Selon Moos, l'épreuve de la percussion n'a de valeur que si le résultat en est positif : lorsque l'obscurité du son fait défaut on n'est pas en droit de rejeter l'idée d'une affection de l'os.

9° EULENSTEIN. **Des métastases pyohémiques dans les affections aiguës du temporal.** — Bien que les affections du temporal soient une origine fréquente de thrombose, la pyohémie en est rarement la conséquence, surtout dans les suppurations aiguës. Il semble d'ailleurs qu'on ait exagéré le rôle de la thrombose des sinus dans l'étiologie de la pyohémie consécutive aux otites ; cette pyohémie ne résulte pas seulement d'embolies, mais aussi de la pénétration directe des agents de la suppuration dans les vaisseaux sanguins ou lymphatiques.

De l'analyse d'un grand nombre de cas publiés par d'autres et d'une observation personnelle, l'auteur tire les conclusions suivantes : lorsqu'au cours d'une otite moyenne suppurée sans rétention du pus dans la caisse, la température prend un caractère intermittent et offre de fortes élévations, on doit ouvrir l'apophyse mastoïde, même s'il n'existe aucun signe de sa participation. Si l'on ne trouve rien dans l'apophyse, on est autorisé à ouvrir

la fosse cérébrale moyenne ou à mettre à nu le sinus pour aller à la recherche du foyer purulent.

10° JANSEN. **Ouverture sur la paroi interne de l'antre d'un abcès extra-dure-mérien de la fosse cérébrale postérieure.** — Otite moyenne aiguë avec douleurs de tête, vertige, suppuration abondante. Trépanation de l'apophyse mastoïde : on ne reconnaît tout d'abord aucune lésion de l'apophyse ni de l'antre, mais avec plus d'attention on distingue sur la paroi interne de l'antre, au-dessus et en arrière du canal semi-circulaire horizontal, une toute petite fistule, dans laquelle une sonde pénètre profondément. L'orifice fistuleux fut agrandi au ciseau et l'on arriva sur un abcès extra-dure-mérien situé sur la paroi postérieure du rocher. Guérison.

11° KORNER. **Sur les complications intracrâniennes de la carie du rocher chez les enfants.** — Bien que les conditions anatomiques semblent favoriser chez l'enfant le passage du pus de la caisse sous la dure-mère, les statistiques montrent que les collections purulentes sous-dure-mériennes sont plus rares de 0 à 10 ans, que de 10 à 20 ans. Encore plus rare est la leptoméningite par propagation directe d'une suppuration de l'oreille ou du temporal. Quant aux leptoméningites qui se produisent par l'intermédiaire d'abcès du cerveau ou de maladies des sinus, elles sont en rapport avec la fréquence de ces affections aux divers âges ; au-dessous de dix ans, les abcès du cervelet sont très rares.

Les phlébites des sinus et les abcès du cerveau s'accompagnent souvent, au-dessous de 10 ans, de symptômes d'excitation cérébrale, si bien qu'ils sont aisément confondus avec la méningite. Les abcès extra-dure-mériens en rapport avec le lobe temporal peuvent s'accompagner d'aphasie et de phénomènes croisés, ce qui n'a pas encore été observé chez l'adulte : on peut donc les confondre avec des abcès cérébraux.

12° KRETSCHMANN. **Contribution au traitement des abcès cérébraux consécutifs aux otites.** — S'appuyant sur deux observations personnelles, K. préconise l'ouverture de ces abcès par la base du crâne. L'opération n'est ainsi que la suite ou le complément de la trépanation de l'apophyse, nécessitée par l'affection auriculaire ; elle crée un orifice d'écoulement du pus particulièrement propice ; elle offre un minimum de danger pour la blessure de l'artère méningée moyenne et mène avec une sécurité relativement grande sur l'abcès, qui siège d'ordinaire au voisinage du rocher ; elle permet enfin de mettre à nu l'hémisphère cérébelleux aussi bien que le lobe temporal.

13° Moos. **Un mode d'évolution particulier et non encore décrit de mastoïdite.** — Abscès développé non pas dans les cellules mastoïdiennes, mais à l'extrémité inférieure de l'apophyse et un peu en dedans. L'épanchement purulent et l'infiltration du tissu cellulaire intermusculaire s'étaient faits dans la région de la nuque et le long des muscles voisins du dos, si bien que le malade ne pouvait tourner la tête en aucun sens ni s'asseoir sans aide ; sa colonne vertébrale était rigide. Le pus reflua par la fissure mastoïdo-squameuse dans la caisse et le conduit auditif externe ; l'abcès se vidait ainsi de temps en temps, mais se reproduisait rapidement. Traitement par des séances quotidiennes de massage qu'on cessait dès que l'écoulement de pus était remplacé par un écoulement de sang ; chaque massage était accompagné de vertige et de bruits subjectifs en raison de la pression exercée par le pus sur les fenêtres labyrinthiques. La trépanation de l'apophyse montra que celle-ci était entièrement scléreuse.

14° LUDW. WOLFF. **Otites moyennes simultanées chez trois frères et sœurs.** — Sur quatre frères et sœurs atteints simultanément de grippe, trois furent pris presque en même temps d'otite moyenne suppurée ; chez deux l'affection fut bilatérale et évolua pendant plusieurs semaines avec les symptômes les plus inquiétants.

15° LUDW. WOLFF. **Un cas d'atrésie congénitale des deux conduits auditifs externes sans déformation des pavillons.** — Jeune homme de 23 ans, arriéré. L'atrésie ne porte pas sur toute la longueur du conduit : celui-ci a un orifice externe presque normal, mais il devient bientôt plus étroit ; au milieu de sa longueur, la lumière est représentée par une fente au fond de laquelle il est impossible de trouver une ouverture permettant l'introduction d'un stylet. Audition suffisante pour faire admettre que la caisse et l'oreille interne sont probablement normales.

16° SELIGMANN. **Blessure du bulbe de la veine jugulaire au cours d'une paracentèse.** — Paracentèse pour exsudat séreux ; au moment de l'introduction du couteau, on sent une résistance d'autant plus surprenante que la membrane n'est pas épaissie. Avant même qu'on ait retiré l'instrument, le spéculum, les mains de l'opérateur, le malade, le sol même sont couverts d'un jet de sang veineux épais ; la quantité de sang perdue peut être évaluée à 150 gr. au moins. Le malade est pâle et couvert de sueurs froides. Tamponnement avec du coton et compression exercée avec le petit doigt introduit dans le conduit. On enlève

le tamponnement au bout de 5 jours ; la plaie de la membrane est cicatrisée. Guérison sans complications.

**17° BEZOLD. Résultats de deux autopsies ; présentation de pièces.** — 1<sup>o</sup> Malade de 65 ans, atteint de surdité bilatérale depuis de longues années ; Rinne négatif ; perception osseuse accrue, malgré le grand âge du malade ; perte de la perception des sons bas. Diagnostic porté pendant la vie : ankylose des étriers. A l'autopsie on trouve une ankylose osseuse de la platine de l'étrier qui est intimement unie au ligament annulaire sur presque tout son pourtour ; lésions labyrinthiques accessoires.

2<sup>o</sup> Malade de 30 ans ; surdité ancienne prononcée. La perception des sons bas est à peu près conservée, celle des sons élevés fortement diminuée. Conduction osseuse mauvaise. Rinne positif. Membranes normales. On diagnostique une surdité nerveuse. Mort de fièvre typhoïde. A l'autopsie on constate l'atrophie des fibres nerveuses du 1<sup>er</sup> et du 2<sup>e</sup> tour de spire du limaçon ; le ligament annulaire de l'étrier et la membrane de la fenêtre ronde sont intacts.

**18° BEZOLD. Remarques sur la série continue des sons.** — Depuis 3 ans, B. a pratiqué, sur un grand nombre d'oreilles saines ou malades, l'épreuve de la série continue des sons ; il donnera ultérieurement le résultat de ses recherches. Pour l'instant il fait remarquer que les divers instruments, diapasons et sifflets, ne donnent pas des résultats comparables entre eux, qu'ils aient été construits par le même fabricant ou par des fabricants différents. Aussi s'est-il adressé à un homme compétent, le Dr Edelmann, de l'école polytechnique de Munich, qui s'occupe en ce moment de construire des instruments dans lesquels on pourra avoir toute confiance.

**19° LUCÆ. Nouvelles recherches expérimentales et critiques sur la valeur diagnostique de l'épreuve de l'ouïe au moyen des diapasons.** — Les diapasons, même munis d'étaux mobiles, ne donnent pas de sons absolument exempts d'harmoniques. Ainsi lorsqu'on applique fortement le manche d'un diapason sur le temporal ou l'apophyse d'un individu dont l'oreille est quelque peu musicale, celui-ci perçoit très nettement, à côté du son fondamental, un son à l'octave ; puis quand cette harmonique s'est éteinte, l'oreille entend encore, mais faiblement et seulement pendant peu de temps, le son fondamental, qui cependant reparait avec sa force et sa netteté si l'on approche alors du méat les extrémités du diapason munies d'étaux. Il résulte de ce fait que dans l'expérience de Rinne l'épreuve de la perception osseuse

et celle de la perception aérienne ne sont pas faites avec le même son ; l'expérience n'a de valeur que si la perception osseuse est très prolongée.

A propos de l'épreuve de l'ouïe à l'aide de la série continue des sons, proposée par Bezold, l'auteur croit que cette expérience ne donne pas de meilleurs résultats qu'un simple examen pratiqué avec des diapasons à l'octave les uns des autres ou tout au plus en accord parfait. On peut se contenter provisoirement de faire cet examen avec 7 notes appartenant aux 7 octaves musicales ( $Do_1$  à  $do_6$  ou mieux  $sol_1$  à  $sol_6$ ).

L'épreuve de l'ouïe avec les diapasons n'a de valeur que dans les cas suivants : perception nulle du son fourni par le diapason, disparition ou diminution considérable de la perception des sons aigus, perception des sons bas bien conservée ou tout au moins meilleure que celle des sons élevés, la surdité étant accusée.

En terminant L. rapporte un cas montrant nettement que la perception complète de la parole n'exige pas seulement la perception des sons élevés, comme on paraît l'admettre en général, mais bien celle de toute la série des sons musicaux.

20° MOOS. **Présentation de nouveaux diapasons**, destinés à fournir un petit nombre de vibrations.

24° HAUG. **Relations entre l'érysipèle et l'oreille**. — Etude sur les causes, la marche, les complications de l'érysipèle primitif et secondaire de l'oreille externe et de l'oreille moyenne.

22° JANSEN. **Sur les méthodes de trépanation de l'apophyse mastoïde dans les suppurations chroniques de l'oreille moyenne**. — L'auteur compare entre elles les diverses méthodes d'ouverture de l'apophyse proposées par Küster, Bergmann, Hartmann, Zaufal, Stacke. Il insiste sur les procédés de ces deux derniers auteurs. Dans le cas où le procédé de Schwartze ne suffit pas, il donne la préférence à la méthode de trépanation de Zaufal combinée avec la transplantation de la paroi postérieure du conduit, imaginée par Stacke.

23° SZENES. **Pathologie et traitement des bruits d'oreille perceptibles extérieurement**. — Cette étude repose sur deux cas personnels et sur les observations analogues que l'auteur a trouvées dans la littérature médicale. Ces bruits se divisent d'après leur origine en bruits vasculaires et en bruits musculaires. Les premiers sont synchrones aux battements de la carotide ; à cette catégorie appartiennent les bruits qui accompagnent parfois les pulsations visibles au miroir dans les petites perfora-

tions de la membrane. Les bruits musculaires sont de deux sortes : les uns prennent naissance dans l'oreille même ; ce sont des bruits entotiques, accompagnant le plus souvent des mouvements de locomotion visibles de la membrane. Les autres se produisent en dehors de l'oreille par l'effet de contractions cloniques d'un muscle où d'un groupe de muscles du voile du palais.

Les divers modes de traitement employés : douche d'air, tamponnement du conduit auditif externe, raréfaction de l'air dans ce conduit, électrisation, compression de la carotide, usage interne des bromures, de l'arsenic, du fer, etc., ont donné les résultats les plus contradictoires.

24° V. KRZYWICKI. **Présentation d'un pariétal offrant un orifice congénital.** — Enfant de 10 mois mort de pyopneumothorax dix semaines après avoir été opéré pour des lésions de la caisse et de l'antre. Une hernie du cerveau s'était faite par l'orifice du pariétal.

25° LUCÆ. **Du massage de la muqueuse nasale.** — L'auteur, atteint d'une hypertrophie de la muqueuse du cornet inférieur gauche, s'est traité lui-même avec succès par le massage à l'aide d'une sonde métallique dont l'extrémité était faite en étain de façon à pouvoir être ployée en tous sens.

26° JANSEN. **De l'ouverture des sinus de la face dans l'empyème chronique.** — Dans 20 cas de sinusite maxillaire, l'auteur a usé du procédé suivant : incision horizontale de la gencive de l'avant-dernière molaire à la canine ; de ce point l'incision est prolongée verticalement par en haut ; décollement du lambeau périostomuqueux ainsi délimité ; excision au ciseau et à la pince à os de toute la paroi antérieure du sinus ; curettage de la cavité du sinus ; ablation des séquestres, s'il en existe ; hémostase à l'aide d'un tamponnement ; le lambeau de muqueuse est refoulé dans l'intérieur du sinus où on le maintient à l'aide d'un tampon de gaze iodoformée. Renouvellement de ce pansement pendant 8 à 15 jours ; puis application d'un obturateur en caoutchouc vulcanisé. Guérison sans déformation en deux mois environ.

Le traitement des sinusites frontales par la voie nasale donnant rarement de bons résultats, J. met à nu, par une incision parallèle au sourcil, la paroi orbitaire et la partie inférieure de la paroi antérieure du sinus frontal ; avec le ciseau et la pince coupante il enlève toute la paroi inférieure du sinus : il en curette la cavité. Cette opération suffit dans les petits sinus ; quant la cavité est vaste, il entame la paroi antérieure du sinus,

mais seulement sur un espace de quelques millimètres afin d'éviter une déformation. Lorsque les cellules ethmoïdales sont prises en même temps, il complète l'opération par leur ouverture et leur curettage.

27° HARTMANN. **Présentation d'instruments.** — 1° Bandage triangulaire protecteur de l'oreille, servant à maintenir les compresses et les pansements ; ce bandage se fait en tissu quelconque, en flanelle, en caoutchouc. 2° Porte ouate pour l'oreille, le nez, la gorge. 3° Canule tympanique à extrémité recourbée latéralement. 4° Canules nasales dont la partie recourbée présente une longueur de 1 à 3 cent. selon qu'elles sont destinées au sinus maxillaire ou au sinus frontal. 5° Perforateur pour pénétrer dans le sinus maxillaire par le bord alvéolaire ; l'instrument est muni, à une distance convenable de son extrémité, d'un anneau métallique empêchant sa pénétration brusque dans le sinus. 6° Pinces pour l'ablation du marteau. 7° Pinces à oreilles. 8° Conchotome.

28° FLATAU. **Présentation d'instruments.** — Curette pour le sinus sphénoïdal et synéchetome.

29° SELIGMANN **Présentation d'un masseur nasal, mu par l'électricité.**

30° SZENES. **Présentation d'une carie de l'enclume.** — Lésions limitées à la face antérieure de la moitié supérieure de la branche verticale de l'enclume ; l'osselet s'était détaché spontanément.

31° VOHSEN. **Cas d'opération de Stacke.** — Avec ouverture permanente derrière le pavillon. Guérison en huit à dix semaines.

M. BOULAY.

#### XV<sup>e</sup> CONGRÈS DE L'ASSOCIATION BRITANNIQUE LARYNGOLOGIQUE ET RHINOLOGIQUE.

*Tenue à Londres le 30 juin 1893.*

*Sous la présidence du D<sup>r</sup> SANDFORD (1).*

Sont nommés présidents à l'unanimité pour l'année prochaine :

Président : D<sup>r</sup> MACINTYRE (de Glasgow).

Vice-Présidents : D<sup>r</sup> M. NEIL WHISTLER, D<sup>r</sup> NORRIS WOLFENDEN, M. MAYO COLLIER.

(1) Journal of laryng. rhin. and otol. Août 1893.



Conseil (métropolitains) : D<sup>rs</sup> ED. WOAKES, ED. LAW, SANDFORD, M<sup>rs</sup> GEO STOKER, LENNOX-BROWNE ; (extra-métropolitains) : D<sup>r</sup> MILLIGAN (Manchester) ; RICH<sup>d</sup>, A. HAYES (Dublin).

Secrétaire : M. WYAL WINGRAVE.

Membres ; D<sup>r</sup> EWING (Washington) ; MUSSER [Philadelphie] ; KIRK DUNCANSON (Edimburgh) ; M. M. HAUGHTON (Birmingham).

1<sup>o</sup> Le D<sup>r</sup> WHISTLER relate une observation de **tuberculose laryngée et pulmonaire avec arrêt de la maladie depuis plusieurs années**. Le malade, alors âgé de 17 ans, entra à la clinique le 30 octobre 1880, présentant les signes suivants : toux douloureuse, déglutition difficile, voix à peine distincte, expectoration muco-purulente, abondante ; anémie, amaigrissement, faiblesse extrême, et température fébrile élevée. Le pharynx est pâle, la paroi postérieure très congestionnée par places. Dans le larynx, épaississement et inflammation des replis aryténoïdes et épiglottiques, ulcération de ces derniers, œdème de la muqueuse interaryténoïdienne obstruant en partie la région postérieure de la glotte, infiltration diffuse et rougeur marquée avec fissure linéaire sur les replis interaryténoïdes. Épaississement, ulcération et rougeur, surtout à gauche, des cordes vocales supérieures. Les cordes vocales inférieures sont rouges et épaissies, la gauche est ulcérée, son bord tranchant érodé. Elles se rapprochent incomplètement pendant la phonation, à cause du peu de mobilité des aryténoïdes. Signes thoraciques : matité et expiration prolongée aux deux sommets, râles fins à droite. L'histoire des antécédents de tuberculose pulmonaire dans la famille ne fut pas faite à ce moment. Depuis, un frère est mort de tuberculose pulmonaire et la mère a un lupus du nez.

*Traitement.* — Il consiste en inhalations sédatives (benjoin) ; on remédie par des mesures appropriées à la dyspepsie causée par l'usage d'huile de foie de morue. En plus, pulvérisations détersives de borax et acide phénique, astringentes de borax et sulfo-carbonate de zinc, et antiseptiques d'eucalyptol dissous dans l'huile d'amandes douces ; ces pulvérisations sont pratiquées à l'aide d'un fin pulvérisateur ; elles sont combinées avec des applications locales de morphine et d'un mélange d'iodoforme et d'oxyde de zinc.

Sous l'influence de ce traitement, une grande amélioration se montra bientôt. Depuis 1883, elle s'est maintenue régulièrement et depuis 10 ans le malade a pu reprendre son travail. Actuellement, le larynx ne présente plus qu'une cicatrice au niveau de l'épiglotte et un léger épaississement avec rougeur des cordes

vocales, surtout de la droite, les mouvements de la glotte sont libres. Aux sommets, broncho-phonie avec légère crépitation pleurale. La température est normale.

M. Lennox Browne dit que, dans des cas semblables, on trouve encore longtemps après des bacilles dans les crachats. Ce fait a été mis en évidence dans un cas qu'il a présenté il y a quelques années à la Société. Ce point a une certaine importance au point de vue de la guérison.

Le Dr WOLFENDEN dit qu'il se rappelle une communication du Dr Mackenzie faite il y a quelques années et démontrant que la quantité des bacilles trouvés dans les crachats n'est pas en rapport direct avec l'activité de la maladie locale. Cela dépend surtout de l'état général du patient. Il a adopté personnellement comme traitement local, le curettage et les applications d'acide lactique. Ce procédé lui a donné un grand nombre de succès et beaucoup de malades ont été soulagés pour longtemps. L'expérience lui a montré que l'état général du malade ne fait pas de progrès et qu'un petit nombre de ceux dont l'état général est bon peuvent être guéris de leur affection locale par des moyens doux.

Le Dr WHISTLER considère ces cas comme exceptionnels.

Le Dr MACINTYRE a observé il y a quelques années un cas analogue à celui du Dr Whistler. Il présentait une lésion spécifique de l'espace interaryténoïdien. L'examen bactériologique ne fut pas fait. Mais ce malade, 47 ans auparavant, avait eu des hémoptysies. Depuis il s'est relativement bien porté. Les recherches du Dr Coats ont montré que 50 % des malades qui ont présenté une manifestation tuberculeuse dans une région quelconque, guérissent.

2° Le Dr NORRIS WOLFENDEN présente un cas de **Lupus de la peau, de la bouche, du pharynx et du larynx avec phthisie pulmonaire**. Dans ce cas, des injections de tuberculocidine ont été tentées et produisirent quelque amélioration. Le côté intéressant de cette observation est l'association du lupus avec la tuberculose pulmonaire. La tuberculocidine a été proposée par Klebs pour remplacer la tuberculine. Carl Spengler a proposé l'association des deux substances. Ce que l'orateur veut montrer, c'est que les malades soumis à ce traitement subissent plus facilement ensuite les moyens chirurgicaux, allusion à un mémoire de Malcolm Morris. Si cela est vrai, ce serait un fait important à noter.

Le Président dit que dans ses expériences la tuberculine n'a pas donné de bons résultats.

Le Dr LENNOX BROWNE conclut d'un cas présenté antérieurement, que la tuberculine agit sur les lésions tuberculeuses exactement comme un érysipèle. Considérant combien sont peu importants les symptômes locaux, même avec une sténose marquée du larynx, il pense qu'il faut surtout soigner l'état général. Il expose ensuite deux cas qui montrent nettement l'origine tuberculeuse du lupus bien qu'on n'y trouve pas toujours les bacilles spécifiques. Il a toujours pensé que la dysphagie associée à la phtisie laryngée aggravait singulièrement le pronostic.

Le Dr GRANT dit que dans certains cas les narines sont aussi remplies par des masses lupeuses et que le traitement local est alors urgent. Il rapporte à cette occasion une observation relative à une jeune fille de 16 ans dont l'état fut très amélioré par l'ablation des masses polypeuses du nez. Dans ces cas, les applications d'acide lactique donnent de bons résultats. Ce traitement est facilement applicable à des régions peu accessibles et peut être employé par les malades eux-mêmes. En même temps, il faut faire un traitement général. Dans un certain nombre de cas, le traitement local n'est pas sans danger.

Le Dr WOLFENDEN réplique qu'il a nettement vu des bacilles dans ces cas, mais surtout lorsqu'il y avait d'autres lésions tuberculeuses. Il voudrait surtout faire fixer l'opinion relativement à l'action de la tuberculine comme adjuvant du traitement chirurgical.

Le Dr LENNOX BROWNE dit qu'il n'a eu de bénéfice avec la tuberculine que dans un cas de tuberculose de l'oreille. Le diagnostic étant douteux, il chercha la réaction de la tuberculine et vit à la suite des injections le gonflement diminuer et une amélioration survenir. L'amélioration s'était maintenue quelque temps après. Il ne peut affirmer que dans certains cas de lupus le traitement chirurgical n'ait donné de bons résultats. Mais il en a vu d'autres où le mal s'était aggravé. Chez certains malades atteints de lupus du larynx, la trachéotomie s'impose avant le traitement local.

Le Dr MACINTYRE dit que dans un cas qu'il a eu à soigner, les cautérisations pratiquées en même temps que les injections de tuberculine ont donné de meilleurs résultats qu'auparavant. Il serait nécessaire que les membres de l'association entreprennent des recherches dans ce sens.

3<sup>e</sup> M. WYATT WINGRAVE lit une observation d'ethmoidite suppurée avec carie. Les lésions histologiques qu'il a constatées sont identiques à celles décrites par le Dr Woakes sous un autre nom

et avec une autre interprétation. Elles viennent cependant à l'appui de ce que le Dr Woakes a avancé et montrent que cette affection est digne de l'attention que les chirurgiens de renom lui ont accordée.

Le Dr GRANT a observé un cas type de cette affection. Il demande dans quelles conditions la carie peut se rencontrer dans la rhinite et avec les polypes. Avec la plupart de ces derniers on ne trouve pas l'os atteint, mais si on cherchait mieux, on le trouverait peut-être plus souvent carié. Il regrette que le Dr Woakes absent ne puisse exposer sa manière de voir et son traitement.

4° Le Dr MACINTYRE communique une observation de **papillomes multiples du larynx et des bronches**. L'histoire de cette malade est intéressante parce qu'elle a été considérée d'abord comme tuberculeuse puis comme syphilitique. L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait de papillomes du larynx et des bronches. Il faut noter que depuis qu'elle a été traitée, sa santé s'est beaucoup améliorée et que maintenant elle va tout à fait bien.

LE PRÉSIDENT cite un cas analogue où le résultat a été moins bon. Il y a deux ans, la malade avait été traitée pour un épithéliome du palais et des amygdales. L'ablation amena un soulagement, mais depuis six mois le gonflement a reparu et s'est accru très rapidement. Aujourd'hui la malade est considérée comme désespérée.

Le Dr GRANT signale la tendance naturelle des papillomes à disparaître spontanément.

M. WINGRAVE dit qu'on pourrait considérer l'irritation locale comme cause des papillomes; beaucoup de cas viennent à l'appui de cette opinion. On ne pourrait donc invoquer, comme le veut M. Wolfenden, une sorte de dyscrasie papillomateuse. Il demande si dans les cas de papillomes du larynx il n'y avait pas en même temps une tendance marquée à l'apparition des papillomes sur d'autres points.

Le Dr WOLFENDEN réplique qu'il n'est pas le premier à avoir émis l'hypothèse d'une dyscrasie papillomateuse. C'est une idée très ancienne surtout chez les médecins français. Le cas que M. Wingrave montre des papillomes multiples de la luette du larynx et de l'oreille survenant simultanément chez un adulte. M. Lennox Browne a constaté occasionnellement la coexistence des adénomes et papillomes. Il a beaucoup hésité lui-même à admettre une relation de cause à effet et a montré que chez beaucoup de gens sujets à l'hypertrophie du système lymphat-

tique où on constatait à la fois la présence d'adénomes et de papillomes, il était possible que tous les deux fussent sous la dépendance de l'hypertrophie des glandes lymphatiques du larynx. Les papillomes du larynx sont si communs qu'on ne les examine pas au microscope ; si on le faisait, on constaterait probablement comme l'ont fait MM. L. Browne et Martin, que les adénomes et papillomes du larynx peuvent être souvent confondus avec l'hypertrophie des glandes lymphatiques si nombreuses de cet organe et qu'il y a là une connexion semblable à celle qu'on observe entre l'hypertrophie amygdalienne et les végétations adénoïdes.

Le Dr BARTH dit que le forceps de Grant est très commode pour enlever complètement ces tumeurs.

Les Drs MACYNTIRE et WOLFENDEN émettent une opinion analogue.

5<sup>e</sup> Le Dr MACYNTIRE lit une note sur un cas de paralysie du nerf récurrent chez un enfant à la suite de compression de ce nerf par des ganglions scrofuleux. L'observation brièvement résumée donne : tuberculose pulmonaire, ganglions bronchiques caséux entourant le nerf récurrent, péritonite tuberculeuse, dégénérescence graisseuse du foie et de la rate. Dans le cerveau pas de lésions microscopiques.

Le Dr GRANT signale un cas analogue publié par le Dr Robertson de Newcastle dans le Journal of laryngology.

A signaler comme autres communications importantes celles de MACYNTIRE sur les tumeurs malignes de la langue, de DUNDAS GRANT sur les hémorragies sous muqueuses des cordes vocales avec néoplasmes, de MILLIGAN sur la pachydermie du larynx.

L. R. R.

---

## SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN

Séance du 4<sup>re</sup> Décembre 1893.

Compte rendu par le Dr EDM. MEYER

1<sup>o</sup> FLATAU présente un cas d'empyème du sinus sphénoïdal guéri par le curettage.

HERZFELD présente une malade âgée de 33 ans, chez laquelle des maux de tête persistant depuis six ans disparurent à la suite du grattage des granulations qui remplissaient le sinus sphénoïdal.

2° SCHEINMANN. Un cas de spasmes cloniques de l'arc glosso-palatin, du voile du palais, de la paroi pharyngée postérieure et des muscles de la déglutition, limités au côté gauche. La malade a un ulcère gommeux de la paroi pharyngée postérieure. Infection remontant à six mois. Traitement par les injections mercurielles. En septembre, attaque d'apoplexie avec hémiplégie gauche. S. attribue les spasmes cloniques à une lésion centrale.

GRABOWER croit qu'on ne peut pas rejeter *a priori* l'hypothèse d'une lésion nerveuse périphérique, Heidenhain ayant vu se produire, après la section d'un nerf, des spasmes rythmiques des muscles innervés par celui-ci.

3° GRABOWER. Présentation d'un malade atteint de paralysie des muscles du larynx d'origine centrale, Malade atteint de tabes dorsal et de paralysie du récurrent gauche. Le muscle sterno-cléido-mastoïdien ne présente aucun trouble de motilité.

D'après G. le spinal n'a rien à voir avec l'innervation motrice du larynx. Il a trouvé de grandes différences morphologiques entre les cellules des noyaux du pneumogastrique et du spinal. Le noyau moteur ventro-latéral du pneumogastrique est formé de grandes cellules avec peu de tissu cellulaire intermédiaire, tandis que le noyau dorso-médian sensitif renferme de plus petites cellules et du tissu conjonctif plus abondant. Au point de vue morphologique les cellules centrales du spinal tiennent le milieu entre les deux variétés. A l'appui de son opinion, G. a répété l'expérience de Deak, qui sectionnait le vague, arrachait le bout périphérique, et observait une dégénérescence des noyaux moteurs et sensitifs de ce nerf, tandis que le noyau du spinal demeurait intact. Dans les cas où il existe une paralysie des muscles internes du larynx et du sterno-cléido-mastoïdien, G. conclut à un empiètement du vague sur le noyau du spinal.

B. FRÄNKEL reconnaît que ces recherches offrent un grand intérêt physiologique.

LANDGRAF ne considère pas comme prouvé que la paralysie du spinal soit centrale dans le tabes, car, il n'est pas rare que cette paralysie soit passagère.

GRABOWER, par analogie, considère la paralysie comme centrale.

---

Séance du 12 janvier 1894.

Sont renommés, *présidents* : B. FRÄNKEL et LANDGRAF ; *secrétaires* : P. HEYMANN et A. ROSENBERG.

1<sup>o</sup> KRONENBERG présente un malade chez lequel tout d'abord d'après l'examen laryngoscopique on pensa à du **tabes**. Pendant la respiration la corde vocale droite se rapprochait de la ligne médiane et faisait de légers mouvements d'adduction ; la corde vocale gauche allait en dehors jusqu'à la position cadavérique. Pendant la phonation, la corde droite demeurait dans la position médiane, la gauche faisait des mouvements saccadés, qui dans les derniers temps firent place à du tremblement. K. ne considère pas ce tremblement comme de l'ataxie mais plutôt comme une dégénérescence musculaire.

ROSENBERG cite deux cas de paralysie récurrentielle au cours du **tabes**. Il souhaite que les médecins, en général, attachent plus d'importance à l'examen laryngoscopique dans le **tabes**.

2<sup>o</sup> GRABOWER parle du malade qu'il a présenté à la dernière séance. Depuis lors il a succombé à une pneumonie intercurrente. A l'autopsie on reconnut un anévrysme de l'aorte qui avait érodé la première et la deuxième vertèbres dorsales et les dernières vertèbres cervicales. Il n'y avait rien du côté des récurrents. Pendant la vie, l'intensité de l'emphysème pulmonaire rendait impossible le diagnostic de l'anévrysme. Il ne s'agissait donc pas d'une paralysie centrale, mais d'une **paralysie périphérique du larynx**.

G. présente ensuite une pièce anatomique destinée à expliquer les rapports des racines du pneumogastrique et du spinal.

SCHNEIMANN fait observer que chez le malade présenté à la dernière séance il existait aussi à gauche des secousses cloniques des adducteurs qui aujourd'hui sont visibles.

3<sup>o</sup> SCHÖTZ rapporte un cas d'anévrysme de l'aorte où l'enrouement ne provenait pas d'une paralysie récurrentielle, mais d'un **polype de la corde vocale**.

4<sup>o</sup> LANDGRAF. Contribution à la pathologie du voile du palais. L. décrit surtout la **paresthésie pharyngée**. Il en distingue trois variétés. 1). Paresthésies des hystériques et des neurasthéniques sans troubles pharyngiens. 2). Avec de légers troubles. 3). Paresthésies chez les sujets non nerveux, qui localisent parfaitement leurs souffrances. L. rapporte trois cas de cette dernière catégorie :

a). Homme de 45 ans, souffrant en avalant à vide. Pas de cataracte. Hypertrophie tonsillaire supérieure. A l'endroit où les arcs palatins se séparent existe des deux côtés un petit orifice large de deux millimètres qui est entouré d'un rebord saillant; par cet orifice on peut, au moyen d'un crochet, pénétrer dans le voile du palais jusqu'au voisinage de la ligne médiane.

b). Homme de 25 ans se plaignant comme le précédent et offrant les mêmes altérations. L. considère ces orifices avec leurs diverticules comme des amygdales accessoires.

c). Homme de 27 ans ayant un corps étranger fixé à gauche. Amygdales normales. Sous la muqueuse, en dehors du bord libre de l'arc palatin antérieur on voit un corps étranger mobile de la grosseur d'une forte lentille.

B. FRANKEL croit qu'il s'agissait dans les cas a et b d'une fistule de l'entrée du canal branchial.

HERZFELD croit à des formations de fentes congénitales symétriques et unilatérales de la voûte palatine.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

**Traité des maladies de l'oreille.** (*Lehrbuch der Ohrenheilkunde für Aerzte und Studierende*), par L. JACOBSON. Leipzig, Georg Thieme, 1893.

Ce livre est un des meilleurs qui aient paru en Allemagne dans ces dernières années. A part quelques exceptions, la littérature otologique allemande, cependant très riche, ne possédait que des traités volumineux signés de maîtres connus mais par cela même un peu trop personnels pour l'enseignement impartial des débutants, ou encore des manuels parfaitement insuffisants. Elle vient de s'enrichir d'un livre qui donne un exposé de la science otologique actuelle des plus complets dans ses détails, et cependant d'une clarté si grande qu'il ne convient pas seulement aux spécialistes, mais doit se trouver entre les mains des médecins praticiens et des étudiants. C'est à ces derniers du reste que Jacobson le dédie; dans une préface remarquable il s'efforce de leur faire comprendre la nécessité de l'étude des



maladies de l'oreille — chose hélas tant de fois dite et tant de fois oubliée ! Il leur développe et leur démontre trois principes majeurs que le grand public médical semble ignorer : 1<sup>o</sup> la fréquence très grande des maladies de l'oreille ; 2<sup>o</sup> les dangers souvent mortels auxquels elles exposent ceux qu'elles atteignent ; 3<sup>o</sup> enfin l'importance capitale d'un diagnostic posé de bonne heure et d'un traitement entrepris à temps.

Il y a deux parties dans ce travail. La première, qui est consacrée à l'étude de la séméiologie et de la thérapeutique générales, est conçue suivant un plan nouveau ; c'est une innovation heureuse et qui facilite beaucoup le travail du débutant. La technique des divers procédés d'exploration de l'oreille y est étudiée, indépendamment de la signification diagnostique que peuvent présenter les divers signes observés. Les pages consacrées aux différentes épreuves de l'ouïe constituent un chapitre remarquable ; l'auteur entre dans des détails d'une précision minutieuse sur la comparaison des résultats fournis par des diapasons de tonalité aiguë et grave ; il insiste sur les précautions à prendre quand on se sert de la voix chuchotée, et il donne à ce propos une liste de mots, de prononciation presque semblable, et dont la différenciation constitue pour l'oreille malade une épreuve des plus délicates. Chaque opération, chaque acte thérapeutique, fût-il des plus simples, tel que l'application de sangsues sur le tragus, fait l'objet d'une description précise, et, plus tard, grâce à cette division de son travail, l'auteur pourra discuter les indications opératoires fournies par les affections de l'oreille sans avoir à s'embarasser dans des détails de main-d'œuvre. A signaler aussi un chapitre sur la désinfection des instruments usuels, très pratique.

La seconde partie de cet ouvrage, consacrée à la pathologie spéciale de l'oreille, est moins bien ordonnée ; la distribution en est originale, mais peu conforme à la clinique. Pourquoi trois chapitres étudiant séparément l'otite moyenne aiguë simple, l'otite moyenne aiguë catarrhale et l'otite moyenne aiguë purulente ? On ne comprend pas non plus pourquoi l'étude de la carie du rocher est disjointe de celle des malades de l'apophyse mastoïde, ni pourquoi la description des polypes de la caisse est donnée très loin du chapitre de l'otorrhée, étant séparée de lui par la pathologie de l'oreille interne. Il y a cependant dans cette seconde partie de fort intéressants chapitres : ainsi la monographie consacrée au cholestéatome de l'oreille ; ainsi encore l'exposé des nouveaux perfectionnements de l'otochirurgie.

Deux éloges de détail pour finir. Le succès de cet ouvrage sera assuré, pour une petite part, par son impression remarquable et par la distribution des planches : celles-ci forment un atlas, placé à la fin du volume, et dont la disposition permet de les avoir constamment sous les yeux quelque page qu'on lise.

M. L.

**Anatomie normale et pathologique des fosses nasales et des cavités pneumatiques accessoires (Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöle und ihrer pneumatischen Anhängen),** par E. ZUCKERKANDL. Deuxième édition. Vol. I. Wien et Leipzig, W. Braumüller. 1893. 1 vol. in-8°, avec 34 planches lithographiées.

Un tel livre ne se laisse pas analyser : il doit-être lu en son entier ; et le rhinologiste consciencieux aura à le consulter presque chaque jour. L'auteur a considérablement augmenté le texte de la première édition de son ouvrage et presque doublé le nombre de ses figures. Ces additions portent surtout sur la circulation sanguine du nez, sur l'innervation et les centres olfactifs ; l'anatomie comparée occupe aussi une place très importante, Z. avouant que bien des points de l'architecture nasale resteraient encore indécis s'il avait continué à n'envisager que l'anatomie humaine.

Parmi les chapitres nouveaux il faut d'abord signaler une étude très soignée du vestibule du nez, avec détails sur la disposition de ses muscles et de ses vaisseaux ; puis un coup d'œil d'ensemble sur les malformations congénitales du squelette extérieur du nez. Les fosses prénasales, petites dépressions inconstantes, creusées sur le bord supérieur de l'os intermaxillaire, à la partie inférieure de l'orifice pyriforme, sont décrites minutieusement. Plus loin se rencontre une étude très approfondie du développement des fosses nasales ; avec coupes faites de mois en mois, à partir de la huitième semaine de la vie intra utérine.

La circulation de la muqueuse nasale n'avait jamais encore été aussi parfaitement décrite. Z. entre dans de longs détails techniques sur la façon dont doivent être poussées les injections colorées dans ses vaisseaux. Grâce à ce procédé nouveau, il a pu exactement déterminer la distribution des artères à la surface de la pituitaire ; il a vu : 1° que le domaine de l'artère nasale postérieure renferme la région respiratoire et une partie de la fente olfactive ; 2° que l'artère naso-palatine se rend à la cloison

et à la partie supérieure de la fente olfactive ; 3° que les voies de dérivation collatérale sont si nombreuses, qu'il est bien difficile que la circulation artérielle puisse être entravée dans le réseau artériel de la pituitaire.

Les veines afférentes sont divisées en cinq groupes : 1° plexus nasal externe, gagnant l'orifice antérieur des narines ; 2° et 3° veines ethmoïdales se rendant à l'orbite et à la cavité crânienne et communiquant avec les veines de la dure-mère et parfois avec le sinus longitudinal supérieur ; 4° groupe veineux se dirigeant en arrière vers le voile du palais ; 5° plexus aboutissant aux fosses sphéno-palatines.

Le tissu érectile du nez fait l'objet d'une étude histologique approfondie. Z. n'admet pas que les artères s'ouvrent directement dans ses lacunes : celles-ci sont, au contraire, interposées aux capillaires et aux veines.

Aucun livre d'anatomie nasale n'avait encore consacré un aussi important chapitre au système olfactif ; c'est toute une partie de la morphologie cérébrale qui y est abordée. Z. démontre les rapports étroits qui unissent au bulbe olfactif la lame perforée antérieure et la corne d'Ammon ; l'anatomie comparée fournit la preuve de cette association fonctionnelle en montrant l'atrophie de ces deux dernières régions chez le dauphin, animal anosmique, qui ne possède pas de bulbe olfactif.

Ce qui a trait à l'anatomie pathologique du nez n'a guère été modifié depuis la première édition.

En revanche, la partie de cet ouvrage consacrée aux sinus a été fort étendue ; l'anatomie comparée et le développement font surtout les frais de ces additions. L'anatomie du sinus maxillaire a encore été développée ; le plancher du sinus, avec les saillies qu'y forment les racines dentaires, est fort minutieusement décrit : très étudiée aussi la muqueuse de l'antre d'Highmore.

L'étude comparée des sinus dans les différentes familles animales nous permet de conclure à leur rôle, comme cavités olfactives. Ainsi chez les animaux *microsmatiques* (ayant un bulbe olfactif très peu développé) les sinus frontaux manquent, ou sont très petits ; tandis qu'au contraire, chez les animaux *macrosmatiques*, ils sont immenses et rayonnent dans toute l'étendue de l'os frontal.

De même chez les animaux qui ne sentent pas, les sinus sphénoïdaux manquent, ou bien chez ceux qui, comme l'homme, ont peu de nez, ces cavités sont petites et ne communiquent avec les fosses nasales que par un orifice étroit. Au contraire, chez les

mammifères à odorat très développé, leur paroi antérieure fait défaut : et ils forment ainsi, au fond du nez, une simple niche où les particules odorantes viennent en toute facilité impressionner les terminaisons du nerf olfactif.

M. L.

## ANALYSES

### I. — OREILLE

**Observations sur l'examen fonctionnel de l'oreille saine,** par le Dr SIEBENMANN, de Bâle (*Arch. of otology*, vol. XXII, n° 1.)

Les résultats des expériences de Siebenmann peuvent se résumer ainsi :

Dans la jeunesse, l'oreille saine possède une audition de 25 à 26 mètres pour les chiffres murmurés et d'au moins 45 mètres pour l'acoumètre de Politzer.

L'expérience de Schwabach (différence de la durée de la perception osseuse chez l'examiné et l'examineur) avec le diapason A montre des différences très appréciables sur des oreilles parfaitement normales.

Dans l'épreuve de Weber, la perception plus marquée par une oreille se rencontre chez un huitième des sujets sains.

L'expérience de Rinne avec le diapason A. de Bezold-Katsch donne à l'état normal un résultat positif avec une moyenne de + 48 secondes.

La limite supérieure de perception des tons varie peu : elle est comprise entre ut<sub>2</sub> et mi<sub>2</sub>, en employant les verges de Kö-nig.

Le diapason ut<sub>1</sub> de Bezold-Katsch (33 vibrations doubles par seconde), après un choc moyen, est perçu pendant 16 secondes environ.

L'aspiration de la cavité tympanique diminue la durée de perception pour le diapason la pour les conductions aériennes et osseuses. — Le Valsalva diminue la conduction aérienne et augmente habituellement la conduction osseuse (sauf dans un cas sur sept).

Le Valsalva élève le plus souvent la limite supérieure de per-

ception, en même temps que la perception des notes les plus élevées est rendue plus aiguë ; plus rarement la hauteur des notes moyennes est altérée. L'aspiration ne semble pas au contraire modifier la limite, ou l'abaisse légèrement.

A ces résultats, Siebenmann en ajoute deux qui ont été observés dans des cas où la paroi interne de la caisse était à nu :

1° La conduction osseuse est augmentée par la pression directe sur l'étrier qui exagère la tension du ligament annulaire.

2° Le tamponnement des niches des deux fenêtres labyrinthiques n'influence pas la perception des notes élevées.

M. LS.

**Examen fonctionnel de l'oreille dans le cas de catarrhe simple des trompes**, par le Dr SIEBENMANN, de Bâle, *Arch. of otology*, n° 1, vol. XXII).

Dans le catarrhe tubaire double les modifications fonctionnelles sont les suivantes : Diminution de la conduction aérienne et augmentation de la conduction osseuse ; localisation au côté le plus affecté du diapason placé sur le vertex ; diminution de la durée de l'expérience de Rinne qui peut devenir négative ; élévation de la limite inférieure de perception avec diminution de la limite supérieure.

L'insufflation d'air n'influence pas notablement la perception osseuse et l'abaissement de la limite supérieure de perception, mais améliore considérablement la perception aérienne. La douche d'air améliore l'audition d'une manière tout à fait hors de proportion avec l'augmentation de la perception osseuse.

M. LS.

**Douleur d'oreille et otite moyenne aiguë**, par A. RANDALL. (*Amer. journ. of med. sc.*, février 1893).

Les douleurs d'oreilles sont très fréquentes, surtout dans la pratique infantile. Il faut toujours se demander si cette douleur prend bien naissance dans l'oreille elle-même ou en un autre point, par exemple dans l'amygdale, les dents, etc. La soi-disant névralgie auriculaire ne se rencontre que dans un nombre de cas des plus restreints. En réalité, l'otalgie est presque toujours symptomatique d'une inflammation soit du conduit, soit de l'oreille moyenne, soit enfin de l'apophyse mastoïde.

Après avoir insisté sur les difficultés particulières de l'examen

chez l'enfant, l'auteur rejette les gouttes dont la plupart des praticiens se servent sans discernement. Il conseille de rendre aussi antiseptique que possible les cavités nasale et pharyngienne et de pratiquer l'insufflation d'air qui n'offre pas tous les dangers dont on l'accuse. Mais ce qu'il recommande surtout, ce sont les lavages du conduit avec de l'eau aussi chaude que le malade peut le supporter.

M. LS.

**Pavillon rudimentaire et mal placé avec atrophie de la face du même côté**, par KNAPP. (*Arch. of otology*, vol. XXI, n° 4).

Ces cas ne sont pas rares, mais Knapp dit en avoir rarement vu d'aussi marqués. L'enfant avait deux mois et présentait à la place du pavillon droit un rudiment déformé, en arrière duquel on voyait une dépression indiquant le siège du conduit auditif obturé. Ce pavillon était à 35 mm. de l'angle de l'œil, alors que le pavillon gauche normal en était à 49 mm. Asymétrie très marquée de la face avec atrophie du temporal, du malaire, du maxillaire supérieur, etc. — L'enfant mourut à deux mois et demi.

M. LS.

**Grippe auriculaire ; obscurités dans le diagnostic**, par LUIS SUNÉ MOLIST. (*Revista de laringologia*, n° 8. p. 119, février 1893).

Les manifestations otiques de la grippe ne se présentent pas toujours à notre observation avec la symptomatologie bruyante de l'otite moyenne aiguë ; les complications auriculaires peuvent parfois évoluer d'une façon tellement insidieuse que, même prévenu, notre diagnostic peut être mis en défaut. S. rapporte, dans cet ordre d'idées, deux observations intéressantes de supuration de la caisse. Dans le premier cas, il s'agit d'un jeune homme de 17 ans, convalescent de grippe, chez qui brusquement, sans douleurs ni bourdonnements antérieurs, un écoulement séro-purulent se fit jour par l'oreille droite, tandis que s'établissait une surdité à peu près complète. On trouva un tympan fortement vascularisé, présentant une perforation ovale, donnant issue à du pus venant de la caisse. La guérison eut lieu en deux jours. Le second cas est celui d'un enfant de deux ans, atteint de fièvre catarrhale, qui tomba dans un état d'hébétéude complète, muet, immobile, les yeux fixes ; cette situation dura plus d'une semaine pendant laquelle un symptôme surtout attira l'attention : la répétition incessante de mouvements laté-

raux de la tête, le petit malade frottant constamment son occiput sur l'oreiller, comme s'il éprouvait en ce point une démangeaison. La fièvre était intense, mais l'enfant ne semblait éprouver aucune souffrance. On porta le diagnostic de grippe et on réserva le pronostic, lorsqu'après une nuit d'agitation, il se produisit un écoulement purulent par l'oreille droite ; le soir même, la suppuration s'établit également par l'autre oreille. A partir de ce moment la fièvre tomba, l'enfant reprit sa gaieté, et huit jours plus tard la guérison était complète. S. insiste sur la valeur sémiologique des *mouvements de négation* incessants de la tête, déjà indiqué par von Trötsch comme un signe de présomption d'une affection de l'oreille chez les enfants.

M. L.

**Les otites catarrhales** par COZZOLINO. (*Gazzetta degli ospitali*, n° 46, 1893).

Étude bactériologique d'ensemble des otites catarrhales. Étude des diverses actions exercées par les agents infectieux sur la muqueuse de l'oreille : 1° transformation muqueuse du protoplasma cellulaire ; 2° infiltration par multiplication des cellules ; 3° suppuration et ulcération.

A. F. P.

**Surdité consécutive à la méningite cérébrospinale**, par GRADENIGO (*Giornale della Accademia di medicina di Torino*, n° 6 et 7, 1893).

La surdité n'est pas rare après la méningite cérébrospinale et les autres méningites abortives puisque Bürkner a montré que cette cause représenterait  $\frac{1}{4}$  % des cas d'affection de l'oreille interne. Sur 2247 cas de surdité dite nerveuse, 154 (6,8 %) dépendaient en réalité de la méningite cérébrospinale. La cause bien établie de la surdité paraît être la diffusion des microbes des méninges le long de la gaine des nerfs de la septième et de la huitième paires. Le facial qui forme jusqu'au bout un tronc compact est beaucoup moins atteint que le nerf auditif qui se divise en ramuscules au niveau de la lame criblée.

G. rapporte ces observations chez des sujets de 20, 23, 16, 36, 30, 21 ans. Dans deux cas la surdité débuta à une période avancée de la maladie. Quand la surdité persiste après les premiers jours de la convalescence, le pronostic est des plus défavorables. Il existe au contraire une forme qui disparaît spontanément sitôt la convalescence venue. Ces guérisons spontanées sont souvent attribuées au traitement suivi et constituent en particulier une bonne part des succès mis à l'actif de la pilocarpine.

A. F. P.

**Excision de la membrane du tympan et des osselets, par MACCUEEN SMITH. (*Therap. gaz.*, n° 7, 1893).**

L'auteur donne une liste de 154 excisions pratiquées par lui, sur lesquelles 69 se rapportent à des affections non suppuratives de l'oreille. L'opération donne dans ce cas des résultats bien inférieurs à ceux des affections suppuratives, mais mérite cependant d'être tentée dans quelques cas. L'auteur indique quelques sages préceptes.

Il ne faut jamais promettre de résultats positifs d'une opération entreprise pour guérir les bourdonnements, la douleur, la suppuration ou les vertiges, car l'amélioration, bien que fréquente, peut manquer.

Il n'y a pas d'opération chirurgicale plus bénigne que l'excision de la membrane, du marteau et de l'étrier, lorsqu'elle est bien faite et qu'il n'y a pas de suppuration de la caisse.

Les bourdonnements, les vertiges, la douleur sont presque à coup sûr améliorés par l'opération, s'il n'y a pas de lésions de l'oreille interne : même dans ce cas l'excision donne le plus souvent un résultat appréciable.

Il faut intervenir rapidement dans les affections progressives de l'oreille pour éviter l'apparition des lésions profondes qui compromettent si souvent les résultats. Il faut intervenir aussi lorsque la membrane, épaissie, rétractée, rendue adhérente par d'anciennes inflammations, a fait des osselets ankylosés un véritable corps étranger. Mais c'est surtout dans les cas de suppuration que rien ne peut tarir que l'opération est indiquée pour des raisons évidentes que l'auteur énumère et qui sont bien connues.

M. LS.

**De la résection large du rocher dans le traitement de la carie de cet os, par CHAPUT. (*Revue intern. de rhinologie*, n° 5, p. 49, 10 mars 1893).**

Il est démontré, en chirurgie générale, que chaque fois qu'on enlève complètement un foyer tuberculeux, la guérison est durable, que si au contraire l'extirpation en est incomplète, la récurrence ne se fait pas attendre. La nécessité d'une ablation large s'impose donc, si l'on veut obtenir la guérison d'une carie du rocher ; les opérations économiques, telles que la trépanation de l'apophyse mastoïde dont on se contente ordinairement, sont inefficaces. En présence d'un mal aussi grave, qui, à chaque ins-



tant, menace la vie par possibilité d'un abcès cérébral, d'une méningite suppurée, d'une perforation de la carotide interne, d'une phlébite du sinus latéral, on est autorisé à intervenir le plus largement possible. C., sous le nom de *résection large du rocher*, propose une opération qui a pour but d'enlever tout le rocher malade, en ne laissant en place que sa pointe, qu'il vaut mieux ne pas extraire, à cause de ses rapports avec la carotide interne.

Voici le manuel de cette opération.

Dans le premier temps, une incision courbe menée jusqu'à l'os, encadre le pavillon, qui, complètement détaché, est refoulé en bas avec le conduit membraneux. Dans le deuxième temps, avec un ciseau on attaque l'écaille suivant une horizontale longue de cinq centimètres, et sise à un centimètre et demi environ au dessus du conduit; l'incision est conduite jusqu'à la dure-mère; avec le ciseau et la gouge on résèque peu à peu toute la paroi supérieure du conduit et de la caisse, en ayant soin de respecter le facial qui croise obliquement le plafond de celle-ci. Dans le troisième temps, on résèque aisément la paroi antérieure de la caisse. Dans le quatrième temps, on fait, suivant une ligne verticale qui tombe sur le bord postérieur de l'apophyse mastoïde, une section qui est menée jusqu'à la dure-mère; et peu à peu, on isole le sinus latéral sur une grande étendue. On enlève alors complètement l'apophyse mastoïde d'un coup de ciseau donné à sa base; puis, isolant et soulevant le facial sur une sonde cannelée, on a toute facilité pour faire sauter la paroi postérieure du conduit. Dans le cinquième temps, d'un coup de ciseau on détache un grand éclat comprenant toute la paroi inférieure du conduit auditif. Dans le sixième et dernier temps, on gratte fortement avec une curette tranchante ce qui reste des parois de la caisse; on attaque ensuite le labyrinthe avec une petite gouge si l'os paraît malade à ce niveau.

En pratique, on est rarement obligé de faire une opération aussi radicale; le plus souvent il suffira de détruire la partie supérieure du conduit et de la caisse et de faire en même temps un large évidement de l'apophyse mastoïde.

C. a pratiqué trois fois cette opération, les deux premières malades ont complètement guéri; la troisième a succombé à de la septicémie. Malheureusement, la paralysie faciale a été observée dans les trois cas.

M. L.

**Sur la chirurgie opératoire de l'oreille moyenne**, par DE ROSSI (*Arch. ital. di otologia*, etc. n° 2, 1893).

Dans cette étude R. cherche surtout à préciser les indications de l'extraction des osselets. Ces indications reposent d'une part sur l'immobilité du marteau et de l'enclume, l'étrier conservant sa mobilité lorsqu'on veut se borner à enlever les deux premiers osselets, d'autre part sur l'intégrité relative du labyrinthe et des centres, aussi bien dans les cas d'ankylose limitée au marteau et à l'enclume que dans ceux où l'étrier lui-même est immobilisé dans la fenêtre ovale. Pour établir le diagnostic d'ankylose limitée au marteau et à l'enclume, Bing a proposé l'emploi entotique du cornet acoustique, Schwartze préconise la paracentèse. R. critique ces deux méthodes; quelle que soit la cause de l'ankylose du marteau avec l'enclume, l'immobilisation de l'étrier en est une conséquence inéluctable, car l'articulation de la longue branche de l'enclume avec la tête de l'étrier ne permet pas l'éloignement des surfaces articulaires. L'accès direct des ondes sonores dans la caisse ne change donc en rien les conditions de mobilité de la chaîne des osselets. De plus, dans le procédé de Bing, il est douteux que le cathéter puisse transmettre les ondes aériennes à travers la trompe, car on ne saurait maintenir l'extrémité de la sonde dans une position telle qu'il se forme un canal occupé d'un bout à l'autre par une colonne d'air ne rencontrant aucun obstacle dans son long trajet de l'extérieur à la caisse; dans ces conditions la transmission des vibrations se fait bien plutôt par les parois de la sonde et par le cartilage tubaire.

L'ankylose des deux premiers osselets est plus aisée à reconnaître. R. insiste sur les aspects otoscopiques suivants : 1° large perforation, manche pendant verticalement dans la caisse. L'ankylose des deux premiers osselets est certaine, car si l'articulation du marteau avec l'enclume était saine, le manche serait attiré en dedans par l'action non compensée du tenseur. 2° membrane non perforée, fortement déprimée en avant et en arrière du manche qui garde sa position normale; cet aspect, rencontré parfois dans les otites hyperplastiques ou sclérosantes accompagnées de catarrhe tubaire, est caractéristique de l'ankylose des deux premiers osselets. Dans ces deux variétés de cas, R. a opéré plusieurs fois avec succès, soit la désarticulation de l'enclume et de l'étrier, soit l'ablation du marteau et de l'enclume.

Une autre indication de l'ablation des osselets, c'est leur carie.

La plus grande fréquence de la carie de l'enclume et surtout de sa longue branche tient sans doute à la pauvreté et à l'indépendance de ses vaisseaux nutritifs, à l'isolement de cet osselet au milieu de la caisse, enfin à la minceur de la couche mucopériostée qui la revêt. Il existe deux formes de carie des osselets ; dans l'une les lésions marchent de la superficie à la profondeur, la muqueuse et le périoste sont détruits et l'os sous-jacent est érodé ; il existe des granulations dans l'attique. Dans l'autre le revêtement muco-périosté est intact ou légèrement épaissi ; les lésions sont centrales ; elles ont pour point de départ les vaisseaux, dans lesquels on trouve des thrombus formés d'éléments lymphatiques ; çà et là ces vaisseaux sont isolés au milieu de larges espaces formés par la disparition des lamelles osseuses ; les espaces lymphatiques périvasculaires sont énormément dilatés ; il semble qu'au lieu d'y porter la vie, les vaisseaux aient disséminé la mort dans les régions qu'ils traversent.

Les signes objectifs de la carie du marteau sont connus. La carie de l'enclume est plus difficile à reconnaître : il faut se contenter pour l'instant des signes indiqués par Grunert : 1° large destruction de la membrane sans fistules ni granulations au voisinage de la courte apophyse, tandis qu'on distingue un bourgeon charnu en haut et en arrière de la perforation ; goutte de pus descendant d'en haut ; 2° existence d'une perforation dans le segment postérieur de la membrane ; 3° perforation de la membrane de Shrapnell en arrière de la courte apophyse et non pas au-dessus comme dans la carie de la tête du marteau.

Dans un bon nombre de cas, R. a obtenu la guérison d'un écoulement purulent par la simple extraction du marteau, même dans des cas où la marge tympanique et l'enclume étaient atteintes : l'ablation du marteau supprime en effet les cavités de Prussak et de Kretschmann et permet le drainage ainsi que la désinfection du foyer purulent. Aussi l'auteur croit-il que, dans tous les cas de suppuration limitée à l'attique, l'extraction du marteau sain ou malade est nécessaire. L'enclume par contre ne doit être enlevée que lorsqu'elle est évidemment cariée.

Pour enlever le marteau, R. commence par sectionner le tendon du tenseur et par libérer le manche, puis à l'aide d'un instrument terminé par un petit anneau dans lequel il introduit le manche, il luxe l'osselet : ce dernier est extrait de l'oreille au moyen d'une pince coudée. Pour extraire l'enclume, R. la luxe avec un fin crochet, puis va la saisir avec une pince ; ce second

temps est parfois difficile et il n'est pas rare que l'enclume luxée reste dans l'antre, mais cet accident n'empêche ordinairement pas la guérison de s'effectuer; la suppuration dure seulement quelques jours de plus.

M. BOULAY.

**De l'intervention chirurgicale dans la septico-pyohémie consécutive à l'otite moyenne suppurée**, par H. NIMIER (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.* n° 44, p. 461, 8 avril 1893).

Si la simple ouverture des cellules et de l'antre mastoïdiens, suivie d'une désinfection de leurs cavités et de la caisse, est le plus souvent efficace dans l'otite moyenne suppurée, elle cesse de devenir suffisante dès que l'otite s'accompagne de ces accidents généraux septico-pyohémiques sur lesquels Chauvel a appelé l'attention. Cette infection générale résultant le plus souvent d'une phlébite du sinus latéral ou de la veine jugulaire interne, la conduite du chirurgien doit être autre; son but sera de séparer de la circulation le segment enflammé, de le désinfecter, d'en faire disparaître le thrombus infectieux; et le traitement à mettre en œuvre celui-ci: ligature de la jugulaire interne et ouverture du sinus latéral. Le statistique des chirurgiens anglo-américains qui ont préconisé cette intervention donne neuf succès contre deux échecs.

On est donc autorisé à intervenir quand au cours d'une otite moyenne suppurée se montrent les signes connus de la pyohémie.

S'il existe de la sensibilité ou de la tuméfaction sur la partie latérale du cou, sans rien au niveau de la mastoïde, il faut commencer par lier la jugulaire interne avant d'ouvrir le sinus. Cette ligature doit être faite très bas, immédiatement au-dessus de l'embouchure du tronc thyro-linguo-facial; la veine y est superficielle, et cet endroit est assez éloigné de l'oreille pour qu'on ait chance de tomber sur une partie du vaisseau encore saine. On sectionnera la veine entre deux ligatures, on disséquera avec soin son bout supérieur, qu'on fixera dans l'angle de l'incision.

Mais si aucun signe ne permet de supposer que la jugulaire interne soit thrombosée, il faut, dans un premier temps, trépaner la mastoïde pour explorer l'état du sinus latéral. Cette trépanation, faite à la gouge et au maillet, est pratiquée en arrière du point classique d'élection pour l'ouverture de l'an-

trum : au niveau de la suture pariéto-mastoiïdienne et sur le tiers moyen de l'apophyse mastoïde. Le sinus mis à nu, on l'explore avec le doigt ; s'il ne se vide pas sous la pression, c'est qu'il renferme un caillot ; s'il est dépressible mais ne bat pas, c'est que la veine jugulaire est thrombosée ; enfin, dans le doute, on ponctionne le sinus avec la seringue de Pravaz.

On l'ouvre largement, non sans avoir préalablement pratiqué la ligature de la jugulaire interne suivie de sa résection, ce qui donne toute garantie contre une embolie et permet le lavage antiseptique de la partie terminale du sinus. Puis on aborde alors le sinus, on le vide, on le lave avec des solutions qui s'échappent par le tronçon supérieur de la jugulaire. Si pendant les manœuvres une hémorrhagie se produisait par le bout postérieur du sinus, on tamponnerait celui-ci à la gaze antiseptique.

M. L.

## II. — NEZ ET SINUS

**Des épaissements de la portion antéro-inférieure de la cloison nasale. Rôle des os sous-vomériens et des cartilages de Jacobson,** par POTIQUET. (*Archives intern. de laryngologie*, novembre-décembre 1892, janvier-février 1893, n° 6, p. 329, n° 1, p. 6.)

L'immense majorité des épaissements de la cloison peuvent, abstraction faite du tubercule de la cloison, être divisés en deux catégories suivant la région qu'ils occupent. Les uns, généralement unilatéraux, répondent à la crête latérale du vomer, et naissent aux dépens du prolongement caudal du cartilage quadrangulaire. Les autres siègent au niveau de la partie inférieure de la cloison ; ils forment symétriquement, des deux côtés, un bourrelet arqué, antéro-postérieur, situé à peu de distance au dessus du plancher des fosses nasales, et apportent souvent des entraves à la respiration par le nez ou au cathétérisme de la trompe. Leur existence est donc connue ; leur structure est ainsi fixée : crête incisive et extrémité du vomer d'une part, cartilage quadrilatère d'autre part. P. pense que leur formation est plus compliquée, et que les os sous vomériens et les cartilages de Jacobson y prennent part ; et il le démontre dans un travail des plus intéressants, richement documenté, et solidement étayé par des considérations anthropologiques.

Le renflement que présente, chez l'adulte, la partie antéro-inférieure de la cloison, est normal ; rien n'est plus capricieux que sa forme, rien de plus variable que son volume, rien de moins fixé que sa symétrie. Souvent il se continue en arrière avec une crête dirigée en arrière et en haut, qui répond au prolongement intra-vomérien du cartilage quadrilatère.

Les deux os sous-vomériens, dont P. nous donne une bonne description, subissent avec l'âge, non pas un accroissement régulier, mais un changement de forme qui contribue à déformer la cloison. A partir du début de la deuxième dentition, date importante dans la genèse des inflexions de la cloison, la tête des os sous-vomériens s'élève, leur col se dégage, grâce à deux phénomènes : 1° la croissance propre de ces os ; 2° l'abaissement du plancher incisif consécutif à l'éruption des incisives médianes permanentes.

L'abaissement de ce plancher incisif, (sous ce nom abrégé P. désigne cette portion du plancher des fosses nasales qui est constituée par la face supérieure de l'os incisif) n'a pas suffisamment fixé l'attention des rhinologistes. Sur un crâne de nouveau-né, le plancher incisif se continue avec le plancher maxillaire proprement dit ; vers la septième année, le plancher incisif domine sensiblement le plancher maxillaire, car l'os intermaxillaire loge tout ensemble à ce niveau la racine de l'incisive médiane transitoire et la couronne bien développée de l'incisive médiane permanente. L'incisive médiane permanente sortie, le plancher incisif s'affaisse peu à peu par suite du lent retrait qu'éprouve la paroi supérieure de l'alvéole ; mais cet abaissement ne s'étend pas jusqu'au bord antérieur du plancher, qui, avec les années, s'avive en une crête tranchante. S'abaissant ainsi avec les progrès de l'âge, le plancher incisif laisse le renflement jacobsonien, et avec lui la tête des os sous-vomériens, de plus en plus isolé ; et de l'ascension à la fois réelle et apparente de la tête des os sous-vomériens naît un bourrelet antéro-postérieur, pouvant se transformer en une saillie gênante, désignée sous le nom d'éperon de la cloison. Par suite de ce mouvement d'ascension, la tête des os sous-vomériens vient s'écraser contre l'extrémité antérieure du vomer, arc-bouté lui-même au sphénoïde ; elle se déjète de côté, et finalement constitue un épaississement dont il devient souvent difficile de démêler les parties constituantes.

Qu'est-ce en somme que cet os sous-vomérien, et que représente-t-il ? Avec Quain, Biondi, P. voit en lui l'homologue

de l'apophyse palatine médiane de l'os intermaxillaire des mammifères. Il est vrai que les trabécules osseuses qui le constituent prennent une direction verticale, au lieu de se disposer horizontalement comme chez les animaux. Mais cette différence d'orientation est sous la dépendance d'un grand fait d'évolution : l'incurvation du conduit schématique formé par les vertèbres crâniennes, qui s'accroît à mesure qu'on s'élève dans la série des mammifères pour atteindre son maximum d'inflexion chez l'Européen, amenant chez celui-ci un raccourcissement du rayon sphénoïde prémaxillaire, ou, si l'on veut un aplatissement du museau.

Reste à déterminer le rôle que jouent dans la production de ces épaissements antéro-inférieurs de la cloison les lames cartilagineuses de Jacobson, qui, de chaque côté, flanquent l'extrémité antérieure du cartilage quadrilatère. Celles-ci, essentiellement variables d'un sujet à l'autre, peuvent par leur réunion avec la tête des os sous-vomériens constituer une saillie très marquée, très gênante pour la respiration et pour le cathétérisme de la trompe. Dans certains cas, le développement unilatéral du cartilage jacobsonien peut simuler une luxation du bord inférieur de la lame quadrilatère.

M. L.

**Les vésicules osseuses du nez**, par le D. S. MEYERSON. (*Medycyna*, n° 15, 1893).

L'auteur a observé 3 cas de cette affection, dont 4 chez la femme. Le siège ordinaire des tumeurs en question est le cornet moyen ; leur origine serait suivant l'auteur due à une anomalie congénitale, à une dilatation des cavités normales du tissu spongieux des cornets. Dans un cas observé par l'auteur, la narine gauche était remplie de polypes ; ceux qui obstruaient la partie antérieure ayant été extirpés, il reconnut l'existence d'une tumeur dure, ovale, du volume d'une demi-cerise, remplissant la cavité. Elle fut ouverte, trouvée remplie de pus, enlevée en plusieurs séances ; on put enfin extirper un gros polype situé derrière cette tumeur.

M. N. W.

**Angiome caverneux de la cloison nasale**, par SCHWAGER. (*Archiv. f. Laryng. u. Rhin.* Bd. 1, Hft. I, p. 10, 1893).

L'auteur donne le résultat d'examen histologiques consciencieux de six tumeurs angiomateuses de la cloison.

Les descriptions répondent entièrement à des angiomes vrais et non à des sarcomes télangectasiques.

Il insiste sur la prolifération endothéliale autour de laquelle le tissu conjonctif réagit sous forme de sclérose adulte, envahissant, étouffant les glandes et les petits vaisseaux.

Ces angiomes seraient surtout des angiomes du système veineux.

A. M. D.

**Un cas de sarcome intra-nasal**, par W. MILLIGAN. (*Journ. of laryng. rhin. and otol.*, janvier 1893).

M. G., 44 ans, consulte pour une obstruction de la narine gauche avec perte totale de l'odorat. Vingt ans auparavant on lui a enlevé un polype de la narine gauche dont le pédicule a été fortement cautérisé. Plus de troubles du côté du nez jusqu'à il y a sept ans. A ce moment occlusion partielle de la narine et écoulement purulent. On retire un second polype, mais très imparfaitement. Les parties saillantes de la tumeur ont été creusées avec des ciseaux, et les autres portions arrachées avec une pince. Hémorrhagie abondante au moment de l'opération. Depuis pas d'autre traitement. Au commencement du mois de mars de cette année, nouvelle obstruction de la narine gauche avec écoulement abondant. La malade constate que sa paupière gauche est légèrement enflée le matin. L'écoulement est fréquemment fétide et de temps en temps surviennent de petites hémorrhagies. Une douleur lancinante dans la région intra-orbitaire qui survient par moment, préoccupe vivement le malade. De mars à juillet les symptômes s'aggravent considérablement. Les antécédents de famille sont bons. Père et mère vivants et bien portants. Un frère mort de rhumatisme, quatre autres vivants et bien portants. Six sœurs, l'une morte en bas âge, les autres bien portantes. L'examen montre la paupière inférieure gauche très enflée et œdémateuse. La narine gauche est partiellement obstruée par une masse d'aspect polypeux qui paraît prendre naissance sur la muqueuse du cornet moyen et s'étend en arrière jusque dans la fosse nasale postérieure et latéralement dans le sinus maxillaire. L'examen avec la lampe électrique de Voltolini placée dans la bouche, montre que la joue du côté malade est opaque. L'histoire de la malade, son âge et la présence des hémorrhagies rendent probable la nature maligne de la tumeur. Un petit fragment de la tumeur est enlevé pour être soumis à l'examen microscopique. Une hémorrhagie très abondante suivit cette ablation ; on dut l'arrêter au galvano-cautère.



L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un myxosarcome très vasculaire. On conseille à la malade l'opération radicale.

L. R. R.

**Quelques remarques sur l'opération des tumeurs de la cavité naso-pharyngienne**, par le D. F. KIJEWski, et le D. W. L. WROBLEWSKI (*Gazeta lek.* n° 13, 14, 15, 1893).

Les auteurs apportent 25 observations personnelles. Dans quelques cas ils se sont servis du procédé suivant pour l'ablation de tumeurs volumineuses du naso-pharynx. Une sonde de Belloc est passée comme pour le tamponnement, et sert à placer une anse métallique forte, dont les bouts sortent par la narine. On saisit ensuite la tumeur à l'aide d'une pince introduite par la bouche, de façon à allonger le pédicule, à remonter l'anse le plus haut possible en se guidant sur les branches de la pince, et à empêcher la tumeur de tomber dans le pharynx après la section du pédicule. Cette section est faite soit à froid en adaptant un écraseur à l'anse, soit en y unissant un appareil galvano-caustique lorsqu'il s'agit d'un pédicule très large et résistant.

M. N. W.

**Diverticule latéral du cavum**, par MORITZ SCHMITT, de Francfort-s.-M. (*Archiv. f. laryng. u.*)

Reprenant les études de Pertik et Kostaneki, Schmitt décrit un diverticule de la muqueuse du cavum, situé en arrière de la trompe d'Eustache, un peu plus loin et en dehors que la fossette de Rosenmüller.

Ce diverticule qu'on peut constater par la rhinoscopie postérieure n'est pas dû au traumatisme de la région mais a un vice de développement pendant la vie intra utérine. Il paraît se former au dépens du deuxième arc branchial.

On comprend l'importance de cette notion, pour certain cathétérisme de la trompe.

A. M. D.

**Incontinence nocturne d'urine due à des lésions nasopharyngiennes**, par J. DIONISIO. (*Giornale di Accademia di medicina de Torino*, n° 4, 1893).

D. rapporte le cas d'une fillette de 10 ans, anémique, atteinte de rhinite catarrhale chronique avec surdité, céphalée, accès d'asthme. A l'examen : dégénérescence polypeuse des cornets in-

férieurs, hypertrophie énorme des amygdales, végétations adénoïdes. De plus incontinence nocturne d'urine presque chaque nuit. Cette incontinence disparaît par le traitement de la rhinite et des végétations. Mais peu après, la malade ayant été atteinte d'un coryza très aigu avec obstruction nasale, l'incontinence reparaît pour durer tout le temps du coryza.

A. F. P.

**Le Rhinomètre (sonde nasopharyngienne)**, par EDWARD BLAK.  
(*Journ. of laryng. rhin. and otol.*, mars 1893).

Ce petit instrument très simple se compose d'une lame de métal conique. Pouvant facilement être introduite dans les narines, il sert à diagnostiquer rapidement les diverses causes d'obstruction du nasopharynx. Mesurant environ 12 centimètres de long sur 1/2 centimètre de large il peut facilement être mis dans la poche, ce qui est à considérer étant données ses nombreuses applications journalières. La technique est la suivante : après avoir soigneusement lavé les narines avec une solution d'acide borique, chlorure de sodium et chlorhydrate de cocaïne, on prend la partie la plus large de l'instrument entre le pouce et l'index, la partie mince est introduite doucement et bien horizontalement le long du plancher de la narine à examiner. Un épaulement arrondi marque la limite du pharynx nasal. Il est bon d'introduire la sonde parallèlement au vomer mais sans le toucher, car la cloison saigne facilement même chez les gens bien portants, et les nerfs de cette région sont très sensibles.

Quand la sonde entre dans le pharynx, on la tourne en dehors vers l'orifice de la trompe d'Eustache. Si le passage n'est pas libre ou si la sonde revient tachée de sang, il est probable qu'il y a des végétations adénoïdes. Une ligne gravée montre le point auquel on doit toucher la paroi postérieure du pharynx. Ce point varie avec l'âge et le sexe. Une sensation de résistance pâteuse indique l'hypertrophie de la glande de Luschka. Le sang à la pointe de la sonde confirme le diagnostic. La pointe sera légèrement retirée en arrière pour reconnaître les déviations de la cloison, les fibromes, exostoses, rhinite hypertrophique, polypes ou rétrécissement de la partie supérieure du nez. La mensuration en centimètres et fractions de centimètres permet les mensurations exactes si utiles aux chirurgiens.

Renversé il peut servir d'abaisse langue.

L. R. R.

**Empyème du sinus maxillaire ; ses rapports avec les maladies de l'antre d'Higmore,** par MOREAU B. BROWN. (*Journ. of laryng. rhin. and. otol.*, mai 1893).

Après une revue de l'anatomie et de l'anatomie pathologique de la région, l'auteur aborde l'étiologie. L'opinion a été partagée longtemps, les uns faisant dépendre l'empyème du sinus maxillaire de la périostite dentaire, les autres, des affections du nez ; c'est cette dernière opinion que l'auteur adopte. Les autres causes déterminantes sont la sténose du nez déterminée par la présence de tumeurs, les traumatismes, l'extension de l'inflammation du nez aux cavités environnantes, le scorbut, l'érysipèle, les corps étrangers, la dégénérescence papillaire et polypeuse de la muqueuse, l'hydrargyrisme, les néoplasmes et la grippe. Passant ensuite en revue les symptômes et le diagnostic il arrive au manuel opératoire. La meilleure méthode quand la présence du pus a été constatée, consiste à ouvrir la cavité pour la drainer suffisamment et la désinfecter. La muqueuse étant anesthésiée avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 10 % on enlève un lambeau de muqueuse dans le repli gingivo-labial entre la première et la seconde molaire. Un trocart actionné par un moteur électrique est dirigé en haut, en dedans et en arrière suivant un angle d'environ 25° avec l'alvéole. Le trocart atteint ainsi le sinus à sa partie la plus basse. L'ouverture ainsi pratiquée peut ensuite être élargie suffisamment pour qu'on puisse pratiquer aisément le drainage et la désinfection. On choisit un tube à drainage ayant exactement la longueur nécessaire pour atteindre le sinus par son bout supérieur ; l'inférieur en forme de collerette ou d'agrafe se fixe à une dent et se maintient ainsi bien en place. Le traitement consécutif consiste en lavages avec une solution boricuée suivi de pulvérisation d'iodoforme, d'iodol, d'aristol ou d'europhène. Si la suppuration persiste au-delà d'un certain temps, on élargit l'ouverture, et si l'exploration avec une sonde montre la muqueuse épaissie, ou fait sortir du pus caséeux, on curette avec soin, puis on bourre la cavité de gaze iodoformée après irrigation. La gaze est retirée au bout de 24 heures ; nouvelle irrigation et insufflation d'un mélange d'iodol et europhène répétée tous les deux jours.

L. R. R.

## III. — BOUCHE ET PHARYNX

**Etude sur un cas de langue noire**, par MORELLI. (*Compte-rendus hebdomadaires de la société de biologie*, p. 23, janvier 1893).

L'auteur a observé ce cas chez un jeune homme qui s'est aperçu depuis trois ans de la production de cette affection au centre de la langue, et surtout d'un côté. La couleur est très prononcée au centre et décroît vers la périphérie. Il a constaté que la formation du mal était due à l'hypertrophie des papilles de la langue, et entre les cellules épithéliales de ces papilles il vit un amas de bacilles de 0, 3, à 0, 4  $\mu$  de large et pouvant aller jusqu'à 2, 4 et même 6  $\mu$ ; Ces bacilles ressemblent à des diplobacilles de 1  $\mu$ ; on n'observe que fort peu de cocci. Ces microbes ont été cultivés dans les milieux les plus variables; dans la gélose, ils prennent l'aspect qui rappelle un peu les colonies du pneumocoque de Talamon. Ces microbes n'ont pas de mouvements propres, on n'a jamais rencontré de spores, et la maladie n'a pu être reproduite par inoculation. A. G.

**Névrose de la langue**, par G. PIOTROWSKI. (*Bulletin de la société de biologie*, p. 41, mars 1893).

L'auteur étudie la cause de ces douleurs de la langue qui simulent une affection grave et qui ont été étudiées par nombre d'auteurs, et en particulier par Verneuil et Fournier. Certains observateurs ont voulu voir une forme particulière du rhumatisme et de la goutte chez des névropathes. C'est en effet chez des névropathes que l'affection a été particulièrement observée, et à l'appui de cette opinion l'auteur rapporte un certain nombre d'observations: chez quelques uns de ses malades il a constaté l'existence de dilatation des veines surtout chez des sujets âgés; et du reste la plupart des cas se rapportent à des gens d'un certain âge, et à des femmes, au moment de la ménopause.

A. G.

**Syphilis de la tonsille linguale**, par SEIFERT. (*Le mercredi médical*, n° 10, p. 109, 8 mars 1893).

Les lésions syphilitiques de la tonsille linguale ont été fort peu étudiées. La plupart des syphiligraphes, Fournier, Neumann, ne les signalent pas, et ne s'occupent que des parties de la langue accessibles à l'inspection directe.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1892, S. a examiné l'amygdale linguale chez tous les syphilitiques de Juliuspsital à Würzburg.

Sur 10 cas de syphilis héréditaire tardive, jamais il ne trouva la tonsille linguale atrophiée ; chez deux femmes il la vit même hypertrophiée. C'est donc à tort que Lewn a soutenu que l'aplasie de la tonsille linguale est un excellent signe de syphilis héréditaire.

Jamais S. n'a observé de chancre de l'amygdale linguale : il n'en existe du reste aucun exemple dans la science. En revanche, il a vu des lésions secondaires de cette glande 6 fois chez 17 hommes, et 17 fois sur 44 femmes.

La syphilis de l'amygdale linguale n'est donc pas une lésion aussi rare qu'on le croit ; mais elle passe facilement inaperçue, car elle ne détermine généralement pas de troubles subjectifs. Sa fréquence chez la femme montre que le tabac et l'alcool entrent pour peu de chose dans son étiologie.

Le plus souvent, à une première période, il y a simplement rougeur et tuméfaction de la tonsille ; dans quelques cas, on peut voir ensuite se développer des papules qui s'ulcèrent ; après cicatrisation de celles-ci, la glande peut-être encore longtemps hypertrophiée.

Traitement général. Localement : attouchements à l'acide chromique.

M. L.

**Un cas unique d'uvulite**, par J. HUBER, (de New-York). (*Arch. of pediatrics*, p. 52, janvier 1893).

Un enfant de dix mois est pris subitement d'une toux incessante ; au bout de deux heures la déglutition devient impossible, l'enfant est épuisé et on voit apparaître entre les lèvres, après un accès de toux plus violent, une petite masse rouge. L'examen de la gorge fait facilement reconnaître dans cette masse la luette œdémateuse, longue d'un pouce, à bout renflé ; les régions voisines sont normales. L'auteur fait à la luette une demi-douzaine de piqûres à l'aide d'une aiguille et ordonne de la glace intus et extra, et du chlorate de potasse. Le lendemain, on put constater sur la face postérieure de la luette, déjà bien réduite, un petit espace d'aspect diphtéroïde. L'enfant guérit en peu de jours.

M. N. W.

**De la résine de gaïac dans le traitement de l'angine catarrhale aiguë et subaiguë**, par X. FRANÇOTTE. (*Annales de la soc. méd. chir. de Liège*, n° 1, p. 14, janvier 1893).

« Nous avons sous la main, a dit M. Mackenzie, un remède « qui administré au début de l'attaque, fait presque toujours avorter l'inflammation, c'est le gaïac. » Dans les cas d'angine catarrhale aiguë et subaiguë, qui se caractérise surtout par la rougeur des piliers, avec dysphagie assez vive, F. en a obtenu les meilleurs résultats. Il fait usage de pastilles contenant chacune 0 gr. 10 centigrammes de résine ; 4 à 6 pour les 24 heures. La résine de gaïac produit dans la bouche une sensation de chaleur et de picotement ; et la douleur subit, presque immédiatement, une atténuation marquée. Mais ce n'est pas là seulement une action anesthésique ; parfois, en moins de 24 heures, on note la diminution ou même la disparition de la rougeur. En revanche, dans l'amygdalite confirmée, le gaïac s'est montré inefficace.

M. L.

**Traitement abortif de l'esquinancie**, par CH. LIÉGEOIS. (*Revue de clinique et de thérapeutique*, p. 123, février 1893).

L'auteur a fait avorter avec succès six cas d'esquinancie du 4<sup>e</sup> au 6<sup>e</sup> jour par un traitement mixte (local et général).

Au début, cautériser une seule fois l'amygdale par un badiageonnage de la mixture suivante :

Chlorure de zinc. . . . .	1 gr.
Glycérine . . . . .	20 gr.

L'escharre se détache 48 heures après.

Dès la cautérisation, faire prendre 4 grammes de salol dans les douze heures.

Le salol agit à la fois comme antiseptique intestinal, antipyrétique et analgésique.

F. H.

**Sur un nouveau procédé opératoire applicable à l'ouverture des abcès périamygdaliens**, par A. RUAULT. (*Le mercredi médical*, n° 3, p. 25, 18 janvier 1893).

Au cours des phlegmons périamygdaliens, l'évacuation spontanée du pus est suivie d'un soulagement immédiat qui, pour le malade, équivaut presque à une guérison. Il faut donc donner

issue au pus, et non pas, comme le conseillent les classiques, attendre qu'il s'évacue de lui-même. Mais rien n'est plus difficile que de constater d'une façon précise l'existence du pus. Le-maistre (de Limoges) recherche la fluctuation sur le pilier antérieur, à un demi-centimètre de son bord interne, à l'endroit où de vertical il devient oblique : le bout de l'index sent la fluctuation au niveau d'une sorte de boutonnière que le pus a faite en écartant les fibres musculaires. D'accord avec Verneuil et la plupart des auteurs, il recommande d'inciser à ce niveau et d'aller à la recherche du pus à travers le pilier antérieur. R. n'est pas de cet avis. Pour lui, l'instrument, pour aborder la collection purulente, doit suivre la même voie que le pus quand il s'évacue spontanément, c'est-à-dire passer entre le pilier antérieur et la tonsille au niveau de la partie supérieure de l'amygdale, près de la fossette sus-amygdalienne, ou bien encore à travers la tonsille elle-même, par une ou plusieurs cryptes. Il faut donc aller à la recherche du pus en passant entre le pilier antérieur et l'amygdale, pour gagner la fosse profonde de celle-ci.

Pour cela on se sert d'un stylet rigide, dont l'extrémité mousse, coudée à angle droit, forme une petite branche d'un centimètre et demi de longueur environ, ou encore d'un crochet coupant en serpette de même forme. On introduit de haut en bas l'extrémité de l'instrument au niveau de l'angle antérieur de la fossette sus-amygdalienne, et on la pousse entre le pilier et la tonsille : on tire à soi obliquement pour détacher l'amygdale du pilier antérieur auquel elle est presque toujours soudée, et, quand ces adhérences ont été libérées, on contourne la région antéro-externe de la glande avec le crochet en divisant le tissu cellulaire de façon à atteindre le foyer purulent. Grâce à l'application préalable de cocaïne, on peut arriver presque toujours à vider l'abcès assez vite, sans que le malade se plaigne de douleurs exagérées ; on n'éprouve de difficulté réelle que dans les cas très rares, où le pus est collecté en arrière ; il faut alors glisser le crochet entre l'amygdale et le pilier postérieur. M. L.

**Sur une nouvelle méthode de traitement chirurgical de l'hypertrophie tonsillaire**, par A. RUAULT. (*Union médicale*, n° 7, p. 74, 17 janvier 1893).

R. est convaincu que toutes les méthodes de traitement chirurgical de l'hypertrophie amygdalienne préconisées jusqu'à ce jour sont bonnes, à condition de ne mettre chacune d'elles en

pratique que lorsque l'indication spéciale s'en présente. Il pense cependant que la méthode nouvelle qu'il recommande, offre sur les autres une incontestable supériorité, car elle s'adresse à toutes les formes d'hypertrophie tonsillaire simple; dans le cas où des amygdales pédiculées réclament l'amygdalectomie, elle serait supérieure à celle-ci parce qu'elle ne donne lieu qu'à un écoulement de sang insignifiant; dans le cas d'enchatonnement indiquant l'iguipuncture, elle vaudrait mieux encore, étant beaucoup moins douloureuse, et n'étant suivie d'aucune réaction appréciable.

Voici le manuel opératoire. On doit d'abord, chose capitale, s'assurer avec la sonde amygdalienne de l'état des cryptes, vider, disciser celles-ci, s'il est nécessaire, et libérer avec soin, à l'aide d'une serpette coupante, les adhérences entre les amygdales et les piliers. Cela fait, on pratique le morcellement des amygdales à l'aide d'une pince à emporte-pièce extrêmement puissante, l'un des mors seul est annulaire; l'autre est cylindrique, s'emboitant exactement dans le premier; la section opérée par l'instrument est toujours complète; si l'on se sert au contraire de pince à double tranchant (Krause, Gouguenheim), on est obligé, pour enlever le fragment morcelé, d'opérer une traction brusque qui déchire les lambeaux encore adhérents. Avec cette pince, on enlève, en trois ou quatre prises, une bonne partie de la masse amygdalienne; hémorrhagie et douleurs sont à peu près nulles. La même manœuvre est pratiquée, s'il y a lieu, sur l'autre amygdale, après un temps de repos. Ensuite on fait sur les surfaces cruentées, une friction énergique à l'aide d'un tampon de coton imbibé d'une solution iodo iodurée forte (iode, 1; iodure de potassium, 4; eau, 6 à 8). Il se produit une cuisson qui dure une demi-heure, après quoi le malade peut prendre son repas sans douleur. Au bout de quelques jours, diminution de volume considérable des amygdales, nullement en rapport avec les parties enlevées: elle dépend d'une rétraction secondaire.

Dans la très grande majorité de cas, deux séances suffisent, sauf pour les enfants indociles, chez qui on ne peut morceler qu'une seule amygdale par séance.

M. L.

**Chancre syphilitique de l'amygdale**, par R. GAUBE. (*Union médicale du Nord-Est*, p. 30, février 1893).

Homme de 23 ans, envoyé à l'hôpital le 3 juin 1892, avec le diagnostic d'angine diphtérique. N'a jamais eu d'affection véné-



rienne. Dernier coït au milieu d'avril : pas de pratiques bucco-génitales ; mais a l'habitude d'emprunter les pipes de ses camarades et de laisser fumer les siennes. Le 15 mai, il éprouve une douleur à la gorge : amygdale droite grosse avec un enduit grisâtre, engorgement des ganglions angulo-maxillaires. A l'entrée à l'hôpital, état général mauvais, teint terreux, céphalée nocturne persistante. Amygdale droite volumineuse, immobile, d'une dureté ligneuse, tapissée d'un exsudat grisâtre peu adhérent, qui, enlevé, laisse à nu une ulcération superficielle, à bords nets, à fond légèrement anfractueux. Pas de bacille de Löffler. Les ganglions sous maxillaires droits sont gros et douloureux. Diagnostic : chancre syphilitique.

Le 16 juin, éruption papulo-squameuse sur le tronc et les cuisses.

Le 25 juin, la cicatrisation du chancre est achevée ; il reste à la surface de l'amygdale une dépression en capule. Plaques muqueuses aux lèvres.

M. L.

**Ouverture des abcès chauds rétro-pharyngiens**, par H. BRANTHOMME.  
(*Semaine médicale*, n° 41, 11 mars 1891).

L'ouverture devra toujours être pratiquée en règle par la voie buccale, selon les procédés de Labric. La ponction et l'incision, pratiquées dans le même temps, doivent être médianes, jamais latérales.

L'incision cutanée n'est indiquée que dans les abcès fusant exceptionnellement sur un côté du cou, s'accompagnant d'œdème et de fluctuation profonde.

P. H.

**Sur une angine parasitaire causée par une levure et cliniquement semblable au muguet**, par E. TROISIER et P. ACHALME. (*Arch. de méd. expériment. et d'anat. path.*, janvier 1893).

Homme de 35 ans. A son entrée est atteint depuis huit jours de symptômes nets de dothiénentérie : les amygdales, rouges et douloureuses, sont tuméfiées depuis le début de la maladie. A la fin du troisième septénaire le malade se plaint de nouveau de dysphagie et d'une sensation de brûlure au fond de la gorge. Le pharynx, les amygdales, les piliers, la luette sont recouverts d'un enduit blanchâtre, assez épais, d'une consistance molle et un peu visqueuse, au dessous duquel la muqueuse apparaît congestionnée. Traitement : nettoyages répétés avec une solution de

borax au vingtième. L'exsudat reste limité à l'arrière-gorge et n'envahit pas la langue ; le sixième jour, il a disparu : les amygdales demeurent encore rouges et tuméfiées pendant quelques jours.

Cliniquement, cette angine crémeuse appartient au type décrit par Damaschino et par Duguet sous le nom de muguet primitif de la gorge.

Pendant l'examen microscopique y montre un autre parasite que l'*Oidium albicans*. Dans l'enduit pharyngé, on trouve une grande quantité de globules ovoïdes, présentant des bourgeons volumineux, indice d'une prolifération active ; en aucun point on ne trouve de formation filamenteuse, ramifiée ou non, toujours abondante dans la végétation du muguet. Ces globules caractérisent une levure, car, par la culture sur gélatine peptonisée alcaline, ou sur eau de touraillon gélatinisée, légèrement acide, on y décèle la formation d'ascospores en abondance.

L'angine crémeuse qu'a présentée le malade a donc été produite par un parasite, qui, différant totalement du champignon du muguet, offre les caractères d'une levure vraie ; à aucune période on n'a pu trouver l'*Oidium albicans* dans l'exsudat ; on ne saurait donc incriminer la levure d'avoir seulement produit une surinfection.

« L'histoire de ce fait, ajoutent les auteurs, nous a semblé « intéressante à rapporter, non seulement par sa singularité, « mais encore par les idées générales qui en peuvent découler. « Notre levure nous a semblé, en effet, être une levure banale, « absolument comparable aux levures industrielles. Or, il est « intéressant de constater que, dans certaines conditions, probablement rares, un micro-organisme naturellement inoffensif peut, en s'ensemencant sur un milieu préparé, devenir « pathogène et donner lieu à une affection morbide caractérisée. »

M. L.

**Lipome de la loge amygdalienne**, par C. BIAGGI, (*Giornale dello Istituto Nicolai*, n° 1, 1893).

H. de 61 ans, se plaignant de sensation de corps étranger dans la gorge et de difficulté de la déglutition depuis une semaine seulement. On constate au niveau de la tonsille droite une grosse tumeur allongée empiétant sur la ligne médiane et se prolongeant en bas dans le pharynx. La muqueuse qui la recouvre est de couleur normale ; elle forme au niveau du pilier antérieur un pli dans lequel se trouvent des débris alimentaires. Lorsque le

malade émet un son ou fait des efforts de vomissements, on voit saillir une masse du volume d'un œuf de poule qui se trouve refoulée dans la bouche ; un simple mouvement de déglutition la fait rentrer dans le pharynx. La tumeur est indolente au toucher, sa consistance est molle et élastique. Les ganglions cervicaux sont indemnes. On conclut à un kyste ou à un lipome. Ablations à l'anse : la tumeur piriforme présente 7 cent. de long sur 6 cent. de large ; sur une coupe son aspect est franchement lipomateux, sauf au niveau du pédicule où il existe des traînées de tissu conjonctif. L'examen histologique confirme le diagnostic de lipome avec hyperplasie de la muqueuse et de la couche sous-muqueuse qui sont infiltrées de cellules lymphatiques.

M. B.

**Sensations de corps étrangers du pharynx et du larynx, supprimées par l'action de la cocaïne**, par ALFRED MARTIN. (*Arch. intern. de laryngologie*, n° 2, p. 89, mars-avril 1893).

Quand un malade vient consulter pour un corps étranger du larynx ou du pharynx, il faut commencer par faire un badigeonnage de cocaïne ; et si, à la suite de celui-ci, la sensation anormale disparaît, il est inutile de se livrer à une recherche qui ne ferait rien découvrir.

M. L.

**L'antipyrine comme anesthésique local du pharynx et du larynx**, par le Dr J. NEUMANN, (*Pest. med. chir. Presse*, n° 3, 1893).

Si on badigeonne la muqueuse du pharynx et du larynx d'un chien avec une solution de cocaïne 30-50 %, on voit d'abord une injection modérée, puis rapidement il se produit de l'anémie, les réflexes sont très diminués et il paraît y avoir une paralysie des terminaisons nerveuses sensibles. Si on souffle dans la gorge d'un homme un mélange d'antipyrine et d'amidon, il se produit une sensation de brûlure qui paraît en rapport avec une brusque soustraction d'eau. L'auteur a employé les insufflations de ce mélange chez des tuberculeux ayant des douleurs vives du larynx, des ulcérations et de la périchondrite et dit en avoir toujours tiré d'excellents résultats. L'analgesie dure souvent plusieurs heures, ce qui est un avantage sur la cocaïne dont l'analgesie est très passagère. Les malades ne s'y habituent pas comme

à la cocaïne et le médicament est sans danger. L'antipyrine étant en même temps un agent antiseptique doit jouer un rôle favorable en recouvrant les ulcérations laryngées d'une couche de poudre protectrice.

M. LS.

#### IV. — LARYNX ET TRACHÉE

**Les muscles hyo-épiglottiques**, par JOHN MACINTYRE (de Glasgow, 1893).

L'auteur décrit quatre petits muscles que l'on ne trouve pas mentionnés dans les traités d'anatomie et qui ont été à peine indiqués par Luschka et par Chauveau chez les mammifères ; encore n'ont-ils vu que les muscles médians, tandis que l'auteur en décrit deux médians et deux latéraux. Tous les quatre s'insèrent d'une part à l'os hyoïde, d'autre part à la face antérieure de la base de l'épiglotte, en se dirigeant ainsi de haut en bas et en arrière dans l'épaisseur du tissu cellulo-adipeux de l'espace glosso-épiglottique. Par leur contraction ils tendent à attirer en haut et en avant la base de l'épiglotte ; ce sont donc les antagonistes des quatre déprimeurs de l'épiglotte, médians et latéraux, que les traités d'anatomie décrivent.

Les muscles hyo-épiglottiques médians s'insèrent à la face postérieure du corps de l'os hyoïde près de la ligne médiane ; les muscles hyo-épiglottiques latéraux s'attachent aux grandes cornes de l'os et en partie à la membrane hyo-thyroïdienne ; au niveau de la base de l'épiglotte les quatre tendons s'étalent un peu et se touchent. Les petits faisceaux sont le plus souvent très grêles et on conçoit qu'ils aient pu passer longtemps inaperçus. Sur un larynx, cependant, l'auteur les a trouvés très développés ainsi que le montre la figure jointe à la description.

M. N. W.

**Papillome du larynx chez l'enfant**, par BOYLAN, (de Cincinnati). (*Intern. med. mag.* II. 67, 1893).

Enfant de 10 ans atteint, depuis des années, de raucité de la voix et de difficulté respiratoire survenant par accès ; l'examen laryngoscopique permet de voir que presque toute la glotte, sauf

un petit espace postérieur, se trouvait envahie par une tumeur irrégulière, bosselée, dure, papillaire. Elle fut enlevée à l'aide du forceps en deux séances, non sans une préparation préalable de l'enfant par des introductions répétées d'instruments. Il s'agissait de fibro-papillomes, dont un fragment non extirpé disparut spontanément; la guérison fut complète avec rétablissement de la voix.

M. N. W.

**Ulcération de la portion laryngienne du pharynx chez un individu atteint de cancer du pylore,** par BIGEARD. (*Bulletins de la Société anatomique de Paris*, p. 157, 1893).

L'ulcération de la partie pharyngienne du larynx est la suite d'une eschare que Cornil et Letulle croient être consécutive à une cautérisation; or chez ce malade, les antécédents à ce point de vue manquent entièrement; depuis 3 mois il vomit sans cesse, ce qui n'était pas surprenant puisque le pylore était altéré, toutefois ces vomissements se montraient dès qu'il avait mangé, ce qui n'est pas le caractère des vomissements de cause pylorique; on n'a observé ni dysphagie, ni douleur d'aucune espèce dans la région cervicale, ni tuméfaction ni ganglion par la palpation du cou. La lésion du larynx n'a donc pas été soupçonnée pendant la vie, d'autant plus que le malade pouvait parler.

L'examen laryngoscopique n'a pas été pratiqué. Ce malade était couché dans le service du Dr Thibierge.

A. G.

**De la tuberculose du larynx,** par DIEULAFOY (*Annales de médecine*, p. 41, 8 février 1893).

Dans quelques cas, la tuberculose laryngée, au lieu de s'ins-taller insidieusement, peut avoir un début à grand fracas, sous la forme d'une laryngite aiguë. Certains auteurs ne voient là qu'une laryngite catarrhale ordinaire survenue chez un tuberculeux. D. pense au contraire qu'il s'agit d'une laryngite spécifique, qu'on pourrait qualifier de pré-tuberculeuse au sens où l'on entend aujourd'hui certaines pleurésies. Une épine tuberculeuse se trouve dans un poumon: elle détermine autour d'elle une congestion intense, aboutissant à une hémoptysie: nie-t-on la nature tuberculeuse de celle-ci, quoique de longs mois se passent avant que l'on n'entende le moindre craquement aux sommets? Que cette épine se trouve dans la plèvre, le péri-

toine, nous aurons une pleurésie, une ascite en apparence simple : que l'orage initial frappe le larynx, celui-ci réagira surtout par une abondante sécrétion catarrhale, qui simule la laryngite aiguë simple.

M. L.

**Des accidents causés par l'introduction de l'hœmopis ou sangsue de cheval dans les voies aériennes de l'homme,** par M. CHAVASSE.  
(*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, février et mars 1893, in *Revue gén. de méd. chirurg. obstétr.*, 3 mai 1893.

Les accidents occasionnés par l'introduction des hœmopis ou sangsues de cheval dans les voies aériennes s'observent le plus fréquemment pendant les mois d'août et de septembre et dans les contrées situées au sud de l'Europe et au nord de l'Afrique.

Ces sangsues pénètrent dans le larynx soit d'emblée, soit le plus souvent après fixation préalable dans le pharynx.

Elles s'implantent soit au-dessus de la glotte soit au-dessous ; parfois, dépassant le larynx, elles se fixent sur le premier anneau de la trachée. Leur séjour varie de quelques jours à plusieurs semaines.

Les accidents qu'elles déterminent deviennent en général menaçants du 15<sup>e</sup> au 20<sup>e</sup> jour.

L'expulsion spontanée de l'hœmopis est rare.

Si les moyens simples, fumigations de tabac, administration de la térébenthine à l'intérieur ne réussissent pas à déterminer l'expulsion de l'hœmopis, on recourra à l'extraction par les voies naturelles sans trachéotomie préalable.

Après échec des moyens précédents, on pratiquera soit la laryngotomie crico-thyroïdienne si la sangsue est sus-glottique ou fixée immédiatement au-dessous des cordes vocales, soit la trachéotomie si elle est fixée plus bas ; on fera suivre l'opération d'une injection d'eau salée pour obtenir l'expulsion de l'hœmopis. La thyrotomie ne sera pratiquée que comme ressource ultime.

G. A.

---

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

## FRANCE.

## Pharynx et Voies.

**Jalaguier.** Guérison persistante à la suite d'ablation de cancer de la langue (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 17 février 1892).

**Reboul.** Tumeur mixte des glandules de la muqueuse palatine, (*Marseille Méd.*, 15 janvier 1892).

**O. Bossu.** Cirrhose atrophique. Mort par hématomé. Autopsie. Rupture de varices œsophagiennes (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 2 janvier-février 1892).

**Poulain.** Contribution à l'étude des stomatites dans l'enfance et en particulier de la stomatite diphtéroïde impétigineuse (*Thèse de Paris*, mars 1892).

**Duguet.** Technique des injections iodées interstitielles dans le traitement du goitre (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 25 février 1892).

**N. Gamalela.** De l'action des ferments solubles sur le poison diphtérique (*Comptes rendus hebdomadaires de la Soc. biol. de Paris*, 26 février 1892).

**Lubet-Barbon.** Note sur le traitement de l'angine de Tornwaldt (*Rev. de laryng. otol. et rhin.*, 1<sup>er</sup> mars 1892).

**Lefèvre.** Contribution à l'étude clinique des angiomes de la langue et de leur traitement. (*Thèse de Paris*, mars 1892).

**Dubousquet-Laborde.** Traitement de la coqueluche par la vaccine. (*Bull. et mém. de la Soc. de méd. prat. de Paris*, mars 1892).

**H. Barbier.** Les microbes des voies aériennes. Revue générale, (*Rev. gén. de clin. et de therap.*, 2 mars 1892).

**L. Jacquet et J. Renault.** Angine pseudo-membraneuse à streptocoques; métrite, ecthyma ulcéreux streptococciques de la vulve et du périnée chez une accouchée; érysipèle phlegmoneux de la paroi abdominale chez l'enfant, (*Gaz. des hôp.*, 8 mars 1892).

**A. Raoult.** La grippe à Paris pendant l'hiver 1891-92 (*Progrès méd.*, mars 1892).

**Grognot.** Réactions de la glycose dans les urines des diphtériques (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, mars 1892).

**Jacques.** De la diphtérie et de sa nature bacillaire au point de vue du traitement (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, mars 1892).

**Debrle.** Diphtérie humaine et diphtérie aviaire. Epidémies concomitantes. (*Arch. de méd. et pharm. milit.*, mars 1892).

**L. Imbert.** Un cas d'aérocèle bilatérale du cou chez un phthisique, (*Gaz. des hôp.* 10 et 12 mars 1892).

**C. Monod.** Gastropexie et gastrotomie pour cancer de l'œsophage (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 9 mars 1892).

**Guillemet.** Cas rare de malformation palato-pharyngée. (*Soc. de méd. de Nantes*, 15 février; in *Gaz. méd. de Nantes*, 12 mars 1892).

**Fromaget.** De l'angine prodromique de la rougeole. (*Gaz. hebdom. des Sciences méd. de Bordeaux*, 21 février 1892).

**Vanhenverswyn.** Infection aiguë généralisée des ganglions lymphatiques consécutive à une inflammation pharyngo-buccale. (*Journ. des Sciences méd. de Lille*, 26 février 1892).

**Trékaki et Lenormand.** Note sur un cas de cancer de la langue à signes insolites. (*Gaz. des hôp.* 17 mars 1892).

**Goureau.** Toux opiniâtre due à l'hypertrophie de l'amygdale linguale. (*Actualité médicale*, 15 mars 1892).

**Carrière.** Ce qu'il faut entendre par résorption progressive des arCADES alvéolaires et de la voûte palatine. (*Thèse de Paris*, mars 1892).

**Mengeaud.** Les derniers traitements de la diphtérie, renfermant les principaux traitements employés dans les hôpitaux d'enfants de Paris. (in-8° de 32 pages, O. Doin, éditeur, Paris, 1892).

**A. Reverdin.** De l'énucléation dans le traitement du goître. (*Revue de chirurgie*, 10 mars 1892).

**A. Chauffard.** Des angines aiguës. (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 30 mars 1892).

**A. Poncet.** De la gastropexie et de la gastrostomie dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage. (*Mercure méd.*, 30 mars 1892).

**M. Peter.** Du goître exophtalmique. (*France méd.* 1<sup>er</sup> avril 1892).

**Bugnot.** Ulcération linguale d'origine dentaire. (*Soc. de méd. de Rouen*; *Normandie méd.*, 1<sup>er</sup> mars 1892).

**Magitot et Laborde.** De l'antisepsie buccale dans la prophylaxie des maladies infectieuses. (*Tribune méd.* N° 6, 1892).

**Moure.** Hypertrophie de la glande de Luschka, (*Soc. d'anat. et physiol.*; *Journ. de méd. de Bordeaux*, 21 février 1892).

**Moure.** Traitement de l'hypertrophie des amygdales. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 6 et 13 mars 1892).

**Montaz.** Extirpation d'un goître. (*Dauphiné méd.*, février 1892).

**E. Gley.** I. Effets de la thyroïdectomie chez le lapin. II. Contribution à l'étude de la thyroïdectomie chez le chien. (*Arch. de physiol.*, 1, 1892).

**Mauclair.** Notes anatomiques sur le pharynx (plexus veineux péripharyngés; dépressions de diverticules pharyngés. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 6, mars 1892).

**Bourges.** Les angines diphtéroïdes de la syphilis. (*Gaz. hebdom. de méd. et chir.*, 9 avril 1892).

**Chalot.** Cure radicale des fistules congénitales du cou. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 6 avril 1892).

**Duplay.** Perforation syphilitique du voile du palais. (*Union méd.* 12 avril 1892).

**A. Vianna.** Nouveau traitement antiseptique de la diphtérie par l'antipyrine. (*Compte rendus hebdom. de la Soc. de Biol.* avril 1892).

**Dallas.** De la mortalité par la coqueluche. (*Thèse de Bordeaux*, février 1892).

**C. Walther.** Des inflammations canaliculaires chroniques des glandes salivaires avec infiltration de gaz dans les conduits excréteurs et les lobules glandulaires. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 7 mars 1892).



**Brown-Séquard.** Injection de liquide extrait de la glande thyroïde chez l'homme dans des cas de myxœdème. (*Arch. de Physiol.*, IV, 1).

**Roque.** Affection ulcéreuse du pharynx et du larynx dans le cours de la fièvre typhoïde. (*Province méd.*, 1, 1892).

**E. Gley.** Action du bromure de potassium sur les chiens thyroïdectomisés (*Comptes rendus hebdomadaires de la Soc. de biol. de Paris*, 15 avril 1892). *Bulletin de la Société de médecine de Rouen*, année 1891 (Rouen, 1892).

**L. Florain.** Sur le traitement de l'angine diphtéritique par la solution saturée de chlorure de zinc, mélangée à la poudre de quinquina et au miel. (*Bull. gén. de therap.*, 16 avril 1892).

**Dubousquet-Laborderie.** Les nouveaux traitements de la diphtérie. (*Soc. de therap. de Paris* ; *Bull. gén. de therap.*, 8 juin 1892).

**Dufour.** Cancer latent primitif de l'œsophage ; propagation secondaire à la plèvre et au foie. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 8, mars 1892).

**A. Ruault.** Maladies de la bouche et du pharynx. (Extrait du *Traité de médecine*, Tome III. G. Masson, éditeur, Paris 1892).

**A. Josias.** Traitement de l'angine diphtéritique avec examen bactériologique par le phénol sulfuriciné. (*Médecine moderne*, 28 avril 1892).

**G. Nové-Josserand.** Contribution à l'étude de la gastropexie et de la gastrostomie (gastrostomie en deux temps dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage. (*Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.* 30 avril 1892).

**G. Nové-Josserand.** Kyste thyroïdien. (*Soc. des sc. de Lyon*, février 1892, in *Lyon méd.* 1<sup>er</sup> mai 1892).

**Gouguenheim.** Des angines syphilitiques tertiaires. (*Union Méd.*, 3 et 5 mai 1892).

**Vaillard.** Quelques faits relatifs à l'immunité contre la diphtérie. (*Annales de l'Institut Pasteur*, N° 4, 1892).

**C. Dupasquier.** Epithélioma de l'œsophage, noyaux secondaires dans le diaphragme, le myocarde et les os. Intégrité du parenchyme. Fracture spontanée de deux côtés du niveau de deux bourgeons épithéliomateux. Propagation au sternum ; formation d'un abcès sous-cutané ; perforation de cet abcès. Phlegmon gazeux (*Bull. de la Soc. anatom. de Paris*, fasc. 9, mars-avril 1892).

**Joffroy.** Goltre et grossesse. (*Union méd.*, 10 et 17 mai 1892).

**Bceteau.** Troubles psychiques dans le goltre exophtalmique. (*Thèse de Paris*, mars 1892).

**Rivière.** Théorie infectieuse du goltre. (*Province méd.*, 9 avril 1892).

**C. Eloy.** La contagiosité de l'amygdalite aiguë et son traitement. (*Rev. gén. de Clin. et therap.*, 11 mai 1892).

**Joffroy.** Traitement du goltre exophtalmique. (*Union méd.*, 12 mai 1892).

**A. Raoult.** Observation d'angine et de stomatite à streptocoques avec purpura. Arthropathie et endocardite légère. (*Union méd.*, 12 mars 1892).

**Higuet.** Sur une affection peu connue des cryptes des amygdales. (*Rev. int. de rhin. lar. et otol.*, mai 1892).

**Joal.** Fièvre amygdalienne et purpura (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 15 juin 1892).

**H. Luc.** Sarcôme de l'amygdale. Difficultés du diagnostic histologique. (*Rev. de lar. otol et rhin.* juin 1892 et *Arch. int. de lar. rhin. et otol.*, juillet-août 1892).

**Lubet-Barbon.** Emploi du bromure d'éthyle comme anesthésique. (*in Progrès méd.* 14 mai 1892).

**H. Hallopeau.** Sur le traitement de l'angine diphtéritique. (*Soc. de thérap. de Paris*, séance du 11 mai 1892).

**Caye.** Des kystes dermoïdes médians de la langue et du plancher de la bouche. (*Thèse de Paris*, mai 1892).

**Chrétien.** Traitement du goître parenchymateux par les injections. (*Poitou méd.* 1<sup>er</sup> mai 1892).

**X. Delore.** De l'urano-staphylorrhaphie chez les enfants du premier âge. (*Lyon méd.*, 22-29 mai et juin 1892).

**Guelpa.** La fausse membrane de la diphtérie. (*Soc. de thérap. de Paris*, séance du 11 mai 1892).

**A. Chauffard.** Bactériologie et traitement de l'angine diphtéritique. (*Annales de méd. scient. et prat.*, 25 mai 1892).

**L. Jumeau.** Sur les hémorragies pharyngiennes. (*Médecine moderne*, 26 mai 1892).

**H. Chatellier.** Calcul du canal de Wharton. (*Bull. et mém. de la Soc. de lar. otol rhin. de Paris*, avril 1892).

**Quénu.** Deux kystes dermoïdes du plancher de la bouche. (*Soc. de chir. de Paris*, 25 mai 1892).

**A. Sallard.** Amygdalites aiguës. (Un vol. de 239 pages ; Rueff et C<sup>ie</sup> éditeur, Paris 1892).

**Eyssautier.** La stomatite ulcéro-membraneuse. (*Dauphiné méd.*, mars 1892).

**E. Leflaive.** Le goître exophtalmique chirurgical. (*Bull. méd.*, 1<sup>er</sup> juin 1892).

**E. Guinocchet.** De la toxine du bacille de la diphtérie. (*Comptes rendus hebdomadaires des séances de la Soc. de biologie de Paris*, (3 juin) ; et *arch. de méd. expér. et anat. pathol.*, 1<sup>er</sup> juillet 1892).

**P. Le Gendre.** Infection grippale à déterminations multiples : néphrite primitive, endopéricardite, congestion pulmonaire et pleurésie, phlébite du membre inférieur gauche. Infection secondaire amygdalienne. Guérison. (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 2 juin 1892).

**Duret.** Un cas d'uranoplastie (*Soc. des sc. méd. de Lille ; Journ. des sc. méd. de Lille*, 23 mars 1892).

**Candelon.** Etude statistique sur les cas de diphtérie observés dans le canton de Mauvezin. (*Bull. de la Soc. de méd. de Toulouse*, fasc. I, 1892).

**P. Bénard.** Des stomatites et glossites leucoplasiques. (*Gaz. méd. chir. de Toulouse*, 20 mai, 1, 10 et 20 juin 1892).

**Liknaitzky.** Palatoplastie. (*Modèle Baiseau, Langenbeck, modifiée par Polaillon*). Thèse de Paris, juin 1892).

**A. Rivière et Jaboulay.** Théorie infectieuse du goître. (*Soc. des sc. méd. de Lyon ; in Lyon Méd.*, 12 juin 1892).

**B. Lyonnet et Vincent.** Goître kystique chez une petite fille. Ablation complète de la tumeur. (*Soc. des sc. méd. de Lyon ; in Lyon méd.*, 12 juin 1892).

**J. Garel.** Traitement de l'hypertrophie des amygdales. (*Province méd.*, 28 mai 1892).

**A. Robin et Lerédde.** Un cas de myxoédème. (*Soc. franç. de dermatol. et syphil.*, séance du 9 juin 1892).

**Polo.** De la pulvérisation dans le traitement de la diphtérie. Présentation d'un appareil. (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 15 juin 1892).

**E. Thiercelin.** Contribution à l'étude de la stomatite diphtérique. (*France méd.*, 13 juin 1892).

**H. Bourges.** Les poisons et les essais de vaccination de la diphtérie. Revue générale. (*Gaz. hebdom. de méd. et chir.*, 18 juin 1892).

**M. Lermoyez.** Sur la pathogénie de la stomatite mercurielle. (*Bull. méd.*, 22 juin 1892).

**F. de Grandmaison.** La fausse membrane diphtérique. (*Médecine moderne*, 23 juin 1892).

**Martin.** Etude clinique et bactériologique de 200 cas de diphtérie. (*Annales de l'Institut Pasteur*, 25 mai 1892).

**Jouslain.** Hystérique atteinte d'anesthésie généralisée de la peau et des muqueuses, avec paralysie du voile du palais, contractures du pharynx, traitée par l'électricité statique. (*Rev. int. d'Electrothérapie*, mai 1892).

**A. Josias.** Traitement de l'angine diphtérique par le phénol sulfuriciné. (*Soc. de thérap. de Paris*, séance du 22 juin; *Médecine moderne et Bull. gén. de thérap.*, 23 août 1892).

**H. Barbier.** Présence du bacille de la diphtérie dans le jetage et dans la bouche. (*Soc. de thérap. de Paris*, séance du 22 juin 1892).

**Ch. Mirallié.** Cancer de l'œsophage. Gangrène du poumon. Pleurésie gangreneuse. Empyème. Mort. (*Bull. de la Soc. anatom. de Paris*, fasc. 15, mai-juin 1892).

**Ferré.** Note sur l'importance du diagnostic bactériologique des angines. (*Gaz. heb. des sciences méd. de Bordeaux*, 5 juin 1892).

**Perret et Givre.** Note clinique sur 300 cas de coqueluche. (*Province méd.*, 28 mai et 4 juin 1892).

**Ferras.** Un cas d'angine infectieuse. (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1<sup>er</sup> juillet 1892).

**H. Meunier.** Epithélioma pharyngé. Gastrostomie. Mort par broncho-pneumome tuberculeuse. (*Bull. de la Soc. anatom. de Paris*, fasc. 16, juin 1892).

**Chopinot.** Myxoédème ou cachexie strumipriva observée chez une jeune fille de 23 ans. Guérison presque complète au moyen des injections sous-cutanées d'extrait liquide du corps thyroïde du mouton (*Comptes-rendus hebdom. de la Soc. de biologie de Paris*, 8 juillet 1892).

**H. Hallopeau et Guelpa.** Sur le traitement de l'angine diphtérique. (*Bull. gén. de thérap.* 8 juillet 1892).

**Guyot.** Relation d'une épidémie de diphtérie à Villefranche. (*Lyon méd.*, 10 juillet 1892).

**Nélaton.** Phlegmons septiques sus-hyoïdiens (angine de Ludwig), phlegmon du médiastin et trépanation du sternum. (*Bull. méd.*, 10 juillet 1892).

**Auber.** La cocaïne en chirurgie. (*Thèse de Paris*, juillet 1892).

**H. Barbier.** Microbes des angines blanches et en particulier de la diphtérie. (*Rev. gén. de clin. et de therap.*, 13 juillet 1892).

**Bayer.** Affection de l'appareil respiratoire. Prodrômes de la fièvre typhoïde. Ulcérations typhiques pharyngées. (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 15 juillet 1892).

**E. Delorme.** Des phlegmons sus-hyoidiens et en particulier du phlegmon sub-lingual. (*Gaz. des hôp.*, 19 juillet 1892).

**Ballay, Lerofait et Thierry.** Traitement de la coqueluche par la créosote. (*Normandie méd.*, 1<sup>er</sup> juillet 1892).

**H. Dauchez.** Des différentes formes cliniques d'angines grippales et de leur caractère épidémique. (*France méd.*, 15 juillet 1892).

**L. Brodier.** Diagnostic bactériologique de la diphtérie. (*Médecine moderne*, 14 juillet 1892).

**Schnell.** Contagion de l'amygdalite aiguë. (*Marseille méd.*, 1<sup>er</sup> mars 1892).

**Romane.** Étude physiologique et bactériologique de l'amygdale. (*Thèse de Paris*, juillet 1892).

**Sakharoff.** Simplification du diagnostic bactériologique de la diphtérie. (*Annales de l'Institut Pasteur*, 25 juin 1892).

**Dufournier.** Cancer du quart inférieur de l'œsophage. Propagation aux poumons, aux reins, au foie, à la rate et au cœur. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 17, juin 1892).

**E. Percepiéd.** De la conjonctivite phlycténulaire et des épistaxis comme complications de la coqueluche. (*France méd.*, 22 juillet 1892).

**E. Gley.** Des troubles tardifs, consécutifs à la thyroïdectomie chez le lapin. (*Comptes-rendus heb. de la Soc. de biologie de Paris*, 22 juillet 1892).

**A. Marchand, Verneuil et Chauvel.** Des phlegmons du cou : angine de Ludwig. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 20 juillet 1892).

**Ed. Schwartz.** Des phlegmons infectieux sous-lingaux (angine de Ludwig). (*Rev. gén. de clin. et de therap.*, 27 juillet 1892).

**Faguet.** Goltre colloïde ; thyroïdectomie partielle. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 12 juin 1892).

**P. Reynier.** Phlegmon sus-hyoidien. Angine de Ludwig. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 27 juillet 1892).

**Beausoleil.** Tumeur maligne primitive de l'amygdale droite. (*Soc. d'anat. et physiol. Journ. de méd. de Bordeaux*, 19 juin 1892).

**P. Le Gendre et P. Claisse.** Purpura et érythème papulo-noueux, au cours d'une amygdalite à streptocoques. (*Ann. de dermat. et syphil.*, juin 1892).

**B. de Nabias et J. Sabrazès.** Corps étrangers et production cornées de l'arrière-gorge dans les pharyngo-mycoses ; action du chlorure de zinc iodé sur le leptothrix buccalis. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 19 juin 1892).

**G. Thibierge.** I. Cas extraordinaire d'ichthyose généralisée avec altération des muqueuses buccale et nasale et des cornées. II. Pigmentation de la muqueuse buccale dans la mélanodermie des phtiriasiques. (*Ann. de dermat. et syphil.*, juin 1892).

**L. Rénon.** Deux cas d'angine de la fièvre typhoïde (infections secondaires à streptocoques et à staphylocoques blancs). (*Gaz. des hôp.*, 2 août 1892).

**A. Cartaz.** Quelques cas de syphilis pharyngo-laryngée. (*Bull. et mém. de la Soc. de lar. otol. et rhin. de Paris*, juin 1892).

**V. Robin.** Myxœdème congénital traité par des injections hypodermiques de suc thyroïdien et par la greffe des corps thyroïdes. (*Lyon méd.*, 7 août 1892).

**J. Thibaudier.** Contribution à l'étude du traitement de la coqueluche, en général, d'après 240 cas traités à la clinique des maladies des enfants. (*Thèse de Lyon*, juillet 1892).

**D. Augier.** De la thyroïdectomie partielle comme traitement du goître parenchymateux. (*Thèse de Lyon*, juillet 1892).

**Le Dentu.** Un cas de calculs salivaires. (*Gaz. des hôp.*, 9 août 1892).

**Oddo.** De la toux spasmodique post-grippale. (*Marseille méd.*, 1<sup>er</sup> juillet 1892).

**Guelpa.** Contribution à l'étude bactériologique de la diphtérie. (*Soc. de thérap.*, 8 juin; *Bull. méd. de thérap.*, 8 août 1892).

**G. Moussu.** Effets de la thyroïdectomie chez nos animaux domestiques. (*Comptes rendus heb. de la Soc. de biol. de Paris*, 5 août 1892).

**Icard.** Amygdalites blanches (*Soc. des sc. méd. de Lyon*; in *Lyon méd.*, 14 août 1891).

**L. Arnaud.** Traitement de la syphilis par les injections de succinimide mercurique. (*Thèse de Paris*, 1892).

**C. Eloy.** Comment reconnaître et traiter la stomatite impétigineuse. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 17 août 1892).

**Galippe.** De la pseudo-stomatite mercurielle. (*Soc. de biologie de Paris*, séance du 30 juillet 1892).

**F. de Grandmalson.** Le poison diphtérique et les infections secondaires dans la diphtérie. (*Médecine moderne*, 18 août 1892).

**A. Chauffard.** Syphilis bucco-pharyngée. (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 19 et 24 août 1892).

**J. Boeckel.** Traitement des rétrécissements, cicatriciels de l'œsophage par l'électrolyse combinée à la dilatation. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1<sup>er</sup> août 1892).

**Lavrand et Redier.** Occlusion des mâchoires d'origine amygdaliennne. (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 22 juillet 1892).

**Ch. Bouchard.** Réflexions sur deux cas de myxœdème traités par des injections de suc thyroïdien. (*Ass. franç. pour l'avanc. des sciences; section des sc. méd. Pau*, 19 septembre; *Mercredi méd.*, 5 octobre 1892).

**C. Chauveau.** De quelques symptômes dus à l'hypertrophie de la quatrième amygdale (amygdale de la langue) (*Arch. int. de lar. rhin. otol.*, septembre-octobre 1892).

**H. Christiani.** De la thyroïdectomie chez le rat blanc. (*Acad. des sciences, Paris*, séance du 29 août 1892).

**Bourges.** Diagnostic de la diphtérie. (*Médecine moderne*, 29 septembre 1892).

**Duplay.** Les perforations syphilitiques du palais. (*Gaz. des hôp.*, 4 octobre 1892).

**P. Tissier et H. Coursier.** De l'angine prodromique de la pneumonie. (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 14 septembre 1892).

**P. Tissier.** Considérations sur le goître exophtalmique. (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 14 septembre 1892).

**J. Garel.** Sur la valeur de la dysphagie dans le diagnostic de la syphilis de l'arrière-gorge. (*Lyon méd.*, 2 et 9 octobre 1892).

**Chopinnet.** De l'étiologie du goître et du crétinisme dans les Pyrénées centrales. (*Sect. des sc. méd. ass. pour l'avanc. des sciences, Pau*, septembre 1892).

**Ferré.** Contribution à l'étude de la diphtérie. (*Sect. des sc. méd. ass. franc. pour l'avanc. des sciences. Pau*, septembre 1892).

**Aussilloux.** Phlegmons infectieux sus-hyoïdiens. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 7 septembre 1892).

**Lescure.** Du traitement de l'angine diphtéritique par l'acide chromique. (*Bull. gén. de thérap.*, 16 septembre 1892).

**Pallas.** Des hémorrhagies après l'amygdalotomie et du traitement par l'ignipuncture. (*Thèse de Montpellier*, 1892).

**Lancry.** Amygdalotomie comme préservatif de la diphtérie. (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 26 août 1892).

**S. Duplay.** Tumeur mixte de la parotide. (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 10 septembre 1892).

**Guelpa.** Quelques réflexions sur 42 cas de diphtérie. (*Soc. de thérap.*, séance du 30 juillet; in *Bull. gén. de thérap.*, 8 octobre 1892).

**A. F. Plicque.** Précis de diagnostic chirurgical, examen clinique pronostic, traitement; un vol. de 693 pages, G. Steinheil, éditeur, Paris, 1893).

**A. Dastre.** La cocaïne. Revue Générale. (*Revue des sciences mén.*, 15 octobre 1892).

**A. F. Plicque.** Les infections générales d'origine dentaire. (*Gaz. des hôp.*, 18 octobre 1892).

**Terrier, Richelot et Terrillon.** Anesthésie mixte par le bromure d'éthyle et le chloroforme. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 19 octobre 1892).

**H. Christiani.** Sur les glandules thyroïdiennes chez le rat. (*Comptes rendus hebd. de la Soc. de biol. de Paris*, 28 octobre 1892).

**E. Guillet.** Phlegmon infectieux sous lingual (angine de Ludwig). (*Arch. provinciales de Chirurgie*, 1<sup>er</sup> novembre 1892).

**P. Helot.** De l'hypertrophie des amygdales palatines et pharyngiennes. (*Normandie méd.*, 1<sup>er</sup> octobre 1892).

**J. Teissier.** La grippe-influenza. Etiologie Pathogénie. Formes cliniques. Traitement. (Un vol. de 196 pages avec planches en héliotypie, J.-B. Baillière, éditeur, Paris, 1893).

**H. Barbler.** Note sur les angines pseudo-membraneuses à streptocoques; forme bénigne. (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, novembre 1892).

**H. Geschwind.** Du rôle des amygdales et des inconvénients de leur ablation. (*Semaine méd.*, 5 octobre 1892).

**F. Marot.** Note sur un caractère différentiel d'un streptocoque de la bouche. (*Comptes rendus hebd. de la Soc. de biol. de Paris*, 11 novembre 1892).

**Dor.** Actinomycose. (*Soc. des sc. méd. de Lyon*, in *Lyon méd.*, 13 novembre 1892).

**Basso.** Les thyroidites aiguës. (*Thèse de Paris*, novembre 1892).

**Hervouet.** Un cancer de l'œsophage. (*Soc. de méd. de Nantes*, séance du 31 octobre; in *Gaz. méd. de Nantes*, 12 novembre 1892).

**A. Fournier.** Les plaques muqueuses buccales. (*Gaz. des hôp.*, 17, 29 et 22 décembre 1892).

**G. Lemoine.** Note sur un cas de contagion de la diphtérie. (*Lyon méd.*, 20 novembre 1892).

**Dor.** Cancer du corps thyroïde. (*Soc. des sc. méd. de Lyon*; *Lyon méd.*, 20 novembre 1892).

**Estor et Cadillac.** Goltre hémorrhagique au cours de la grossesse. Thyroïdectomie presque totale. Guérison persistant au bout de dix mois. (*Nouveau Montpellier méd.*, 1<sup>er</sup> novembre 1892).

**Albertin.** Adhérences des piliers postérieurs au pharynx; libération; appareil prothétique; guérison. (*Soc. des sc. méd. de Lyon*; in *Lyon méd.*, 27 novembre 1892).

**Auché.** Etude de quelques complications des amygdalites aiguës. (*Ann. de la policlin. de Bordeaux*, juillet 1892).

**Gley.** Nouvelles recherches sur les effets de la thyroïdectomie chez le lapin. (*Arch. de physiol.*, octobre 1892).

**Dérignac.** Angine diphtéritique. (*Limousin méd.*, novembre 1892).

**V. Galtier.** Etiologie de la coqueluche. (*Lyon méd.*, 11 décembre 1892).

**Gouget.** Rétrécissements cancéreux de l'œsophage. (*Bull. de la soc. anatom. de Paris*, fasc. 27, novembre 1892).

**Couëtoux.** Deux faits d'adhérence complète du voile du palais. (*Soc. de méd. de Nantes*, 21 novembre; in *Gaz. méd. de Nantes*, 12 décembre 1892).

**Sounié-Moret.** De la recherche toxicologique de la cocaïne. (*Thèse de Paris*, décembre 1892).

**Hallopeau et Jeanselme.** Mycosis fongique avec localisation palatine et induration scléreuse de la peau. (*Soc. franç. de dermatol.*, séance du 8 décembre 1892).

**F. Raymond et P. Sérieux.** Goltre exophtalmique et dégénérescence mentale. (*Revue de méd.*, 10 décembre 1892).

**Touchard.** Broncho-pneumonie tuberculeuse consécutive à la coqueluche. Emphysème pulmonaire envahissant tout le médiastin antérieur et gagnant le cou et le thorax. (*Bull. de la soc. anat. de Paris*, fasc. 29, novembre-décembre 1892).

**A. Poncet.** Actinomycose de la joue droite et des maxillaires correspondants. Généralisation pulmonaire. (*Acad. de méd.*, séance du 20 décembre, Paris, 1892).

**Marchandé.** Les infections d'origine buccale. (*Rev. gén. de clin. et thérap.* 21 décembre 1892).

**Moussu.** Sur la fonction thyroïdienne. Crétinisme expérimental sous ses deux formes typiques, (*Comptes rendus hebdom. de la Soc. de biol.*, Paris, 23 décembre 1892).

**E. Gley.** Des effets de la thyroïdectomie. Remarques sur la communication de Moussu. (*Comptes rendus hebdom. de la Soc. de biol.*, Paris 23 décembre 1892).

**E. Toulouse.** Les rapports du goltre exophtalmique et de l'aliénation mentale. (*Gaz. des hôp.*, 31 décembre 1892).

**J. Lacaze.** Cancer de l'œsophage à marche rapide. (*Nouveau Montpellier méd.*, 10 décembre 1892).

**F. Schiffers.** Une variété nouvelle d'hystérie. (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1<sup>er</sup> décembre 1892).

**G. Gauthier.** Des goîtres exophtalmiques secondaires ou symptomatiques. *Lyon méd.*, 8, 18 et 22 janvier 1893).

**G. Roux et Vallet.** Recherche du champignon du muguet dans l'air des salles de malades. (*Soc. des sc. méd. de Lyon*; *Lyon méd.*, 8 janvier 1893).

**Coignet.** Thyroïdectomie. (*Soc. des sc. méd. de Lyon*; in *Lyon méd.*, 8 janvier 1893).

**Morel-Lavallée.** I. Glossite érosive antipyrinée. Syphiloïde. II Chancres herpétiformes des lèvres et herpès buccal fébrile. (*Soc. franç. de dermat. et syphil.*, séance du 12 janvier Paris, 1893).

**H. Cristiani.** Nouvelles recherches sur les organes thyroïdiens des rongeurs. (*Comptes rendus hebdomadaires de la Soc. de biol.*, 13 janvier 1893).

**Morelli.** Etudes sur un cas de langue noire. (*Comptes rendus hebdomadaires de la Soc. de biol.*, 13 janvier 1893).

**Duffau.** Corps étranger de l'œsophage extrait par l'œsophagotomie externe. Guérison. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 novembre 1892).

**Longuet.** Les origines de la diphtérie. (*Semaine méd.*, 12 novembre 1892).

**A. Ruault.** Ouverture des abcès péri-amygdales. (*Mercredi méd.*, 18 janvier 1893).

**H. Feulard.** Lichen plan de la cavité buccale. (*Soc. franç. de dermat. et syphil.*, Paris, 12 janvier 1893).

**Villequez.** Tumeurs malignes de la voûte palatine. (*Thèse de Paris*, janvier 1893).

**Sourris.** Contribution à l'étude expérimentale du traitement de la diphtérie. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1<sup>er</sup> janvier 1893).

**A. Ruault.** Sur une nouvelle méthode de traitement chirurgical de l'hypertrophie tonsillaire (ablations partielles successives par morcellement, suivies d'application iodiques immédiates. (*Union méd.*, 17 janvier 1893).

**Derrien.** Etude historique et critique sur le traitement du myxœdème par les injections de liquide thyroïdien. (*Thèse de Paris*, février 1893).

**Capitan.** Traitement du mal de gorge simple. (*Médecine moderne*, 25 janvier 1893).

**E. Schwartz.** La gastrostomie dans le traitement du cancer de l'œsophage. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 25 janvier 1893).

**P. Le Gendre.** Coqueluche. (Tome IV du *Traité de médecine*, G. Masson, éditeur, Paris 1892).

**Well.** Lipôme de la langue. (*Union méd. du Nord-Ouest*, janvier 1893).

**J. Mussy.** De la mort chez les enfants par hypertrophie du thymus. (*Médecine moderne*, 21 janvier 1893).

**C. Talamon.** Le myxœdème et la glande thyroïde. (*Médecine moderne*, 21 janvier 1893).

**H. Richardiére.** Les complications pleuro-pulmonaires de l'amygdalite aiguë. (*Union méd.*, 26 janvier 1893).

**Poitou-Duplessy.** De l'anesthésie mixte par l'association du bromure d'éthyle et du chloroforme. (*Union méd.*, 18 janvier 1893).



**Emile Berger.** Remarques sur l'action physiologique de la cocaïne. (*Comptes rendus hebdomadaires des séances de la Société de biologie*, 27 janvier 1893).

**Phocas.** Traitement des abcès rétro-pharyngiens. (*Semaine médicale*, 24 décembre 1892).

**E. J. Moure.** Morceau de verre arrêté à l'entrée des voies digestives et aériennes (*Revue de laryngologie, otologie et rhinologie*, 1<sup>er</sup> février 1893).

**Perrin.** Leucokératoses linguale et labiale avec état papillomateux et dégénérescence épithéliale. Guérison durable. (*Marseille médicale*, N<sup>o</sup> 22, 1892).

**Renault.** Chancre de la région sus hyoïdienne latérale. (*Semaine médicale*, n<sup>o</sup> 63, 1892).

**Aronson.** Méthode pour rendre les cobayes réfractaires à la diphtérie. (*Semaine médicale*, n<sup>o</sup> 66, 1892).

**Barbier.** Sur un streptocoque particulier trouvé dans les angines à fausses membranes. (*Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, XI, 1892).

**Trouillet.** Quelques résultats de la méthode de Gaucher dans le traitement de la diphtérie. (*Dauphiné médical*, n<sup>o</sup> 11, 1892).

**Chervin.** Divisions congénitales et acquises de la voûte palatine. (*Société de chirurgie de Paris*, séance du 1<sup>er</sup> février 1893).

**Duflh.** Complications articulaires des amygdalites aiguës. (*Thèse de Bordeaux*, 1893).

**Dubreuilh et Sabrazès.** Un cas d'actinomycose humaine. (*Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, 9 janvier; in *Mercure médical*, 8 février 1893).

**Gross.** Malade opéré de gastrostomie en deux temps à l'occasion d'un rétrécissement cancéreux de l'œsophage. (*Société de médecine de Nancy*, 28 décembre 1892; in *Revue médicale de l'Est*, 1<sup>er</sup> février 1893).

**Bouloche.** Les angines à fausses membranes. (Un vol. in-16; Rueff, éditeur, Paris 1893).

**H. Richardière.** La coqueluche. (Un vol. in-16; Rueff, éditeur, Paris, 1893).

**Gerbier.** Contribution à l'étude des phlegmons du cou. (*Thèse de Paris*, février 1893).

**Lebon.** Etude sur la stomatite herpétique chez les enfants. (*Thèse de Paris*, février 1893).

**E. Troisier et P. Achalme.** Sur une angine parasitaire causée par une levure et cliniquement semblable au muguet. (*Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie*, 16 février 1893).

**B. Gaube.** Chancre syphilitique de l'amygdale. (*Union médicale du Nord-Est*, février 1893).

**J. Sondziak.** Quelques remarques sur l'emploi de l'anse galvanocautérique dans l'hypertrophie des amygdales. (*Revue de laryngologie, otologie et rhinologie*, 15 février 1893).

**Hassler.** Coup de feu par balle de revolver d'ordonnance ayant intéressé le plancher buccal, la langue, la voûte palatine, le sinus maxillaire, le nerf optique gauche; enucléation de l'œil; extraction du projectile: fistule bucco-naso-orbitaire persistant pendant trois mois; guérison complète et prothèse bien tolérée. (*Lyon médical*, 19 février 1893).

**Pierre Marie.** Sur la révivescence du thymus dans certaines affections présentant des altérations du corps thyroïde ou de quelque autre glande vasculaire sanguine. (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 23 février 1893).

**G. Loisel.** Les cartilages linguaux et le tissu cartilagineux chez les Gastéropodes. (*Comptes rendus hebdomadaires de la Soc. de biol.*, 24 février 1893).

**Deschamps.** Note sur un mode de propagation de la diphtérie. (*Soc. de méd. publ. et hyg. prof.*, 22 février; in *Progrès méd.*, 25 février 1893).

**J. Brousses et J. Brault.** Sur une variété complètement décrite de phlegmon du cou. Phlegmon grave de la loge glosso-thyro-épiglottique. (*Revue de Chirurgie*, 10 février 1893).

**Leterrier.** Du phlegmon sublingual, dit angine de Ludwig. (*Thèse de Paris*, mars 1893).

**Collin.** Mycose leptomycotique pharyngée. (*Thèse de Paris*, mars 1893).

**S. Bernheim.** Traité clinique et thérapeutique de la tuberculose pulmonaire. (In-8° de 560 pages; *Soc. d'Et. scient.*, Paris 1893).

**Labit.** Un cas de mycose généralisée au pharynx, au naso-pharynx, à la base de la langue et au larynx. (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1<sup>er</sup> mars 1893).

**A. Chauffard.** Tuberculose gommeuse profonde de la langue. (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 2 mars 1893).

**E. Gley.** I. Glande et glandules thyroïdes du chien. **E. Gley et C. Phisalix.** II. Sur la nature des glandules thyroïdiennes du chien. (*Comptes rendus des séances de la Soc. de biol.*, 3 mars 1893).

**E. Lacaille.** Perfectionnements à l'instrumentation pour le traitement des rétrécissements de l'œsophage par l'électrolyse et la dilatation. (deux observations) (*Soc. méd.*, du IX<sup>e</sup> arrondt.; in *Journ. de méd.*, de Paris, 5 mars 1893).

**Ed. Schwartz.** Gastrostomie et cancer de l'œsophage. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 1<sup>er</sup> mars 1893).

**Selfert.** Syphilis de la tonsille linguale. (*Mercure méd.*, 8 mars 1893).

**Loisel.** Les cartilages linguaux des mollusques. (structure et développement histogénique) (*Thèse de Paris*, mars 1893).

**Legroux.** Traitement de la diphtérie par un remède secret. Question de déontologie médicale hospitalière. (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 9 mars 1893).

**Terrillon.** Histoire de deux pièces de cinq francs arrêtés dans la partie inférieure de l'œsophage. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 8 mars 1893).

**Marfan.** Traitement de la coqueluche. (*Médecine moderne*, 11 mars 1893).

**A. Broca.** Tumeur réunissant la symphyse du menton à la voûte palatine. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 5, février 1893).

**A. Pineau.** Emphysème sous-cutané généralisé dans un cas de diphtérie des voies aériennes chez l'adulte. (*Bull. de la Soc. d'anat. de Paris*, fasc. 5, février 1893).

**A. Thouvenot et Dérignac.** Amygdalites infectieuses. (*Limousin méd.*, janvier 1893).

**E. Berger.** Du larmolement dans le goitre exophtalmique. (*Bulletin méd.*, 15 mars 1893).

**E. Kraus.** Diagnostic et traitement du leptothrix mycosis pharyngien. (*Bulletin méd.*, 15 mars 1893).

**Bousquet.** De la gastrostomie dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage. (*Thèse de Paris*, mars 1893).

**Malley.** Sur une nouvelle méthode de traitement chirurgical de l'hypertrophie tonsillaire. (méthode de Ruault) (*Thèse de Paris*, mars 1893).

**L. Coustoux.** Adhèrece totale du voile du palais de nature syphilitique. (*Soc. de méd. de Nantes*, séance du 27 février ; in *Gaz. méd. de Nantes*, 13 mars 1893).

**P. Segond, Jalaguier, Felizet et Cahier.** Corps étrangers de l'œsophage. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 15 mars 1893).

**Lancereaux.** Les glandes vasculaires sanguines : leur rôle pendant la croissance. (*Semaine méd.*, 18 janvier 1893).

**G. Moussu.** I. Sur la fonction thyroïdienne. **Gley.** II. Remarques sur la communication de Moussu. (*Comptes rendus hebdomadaires de la Soc. de biol.*, 17 mars 1893).

**Flahaut.** Une épidémie d'angine diphthéritique. Traitement par le pétrole. (*Normandie méd.*, n° 3, 1893).

**Rachet.** Corps étranger de l'œsophage. Abscès consécutif. Mort. (*Année méd. de Caen*, 15 mars 1893).

**A. Cartaz.** La suture complète du voile du palais et du pharynx. (*Arch. int. de lar. rhin. et otol.*, mars-avril 1893).

**Branthomme.** Quelques considérations sur l'incision des abcès rétro-pharyngiens chauds chez l'enfant. (*Semaine méd.*, 8 mars 1893).

**Balley.** Traitement de la coqueluche par la créosote. (*Bull. de la Soc. de méd. de Rouen*, d<sup>e</sup> série, Vol 6, Rouen, 1893).

**A. Chantemesse et René Marie.** Les glandes parathyroïdiennes de l'homme. (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 23 mars 1893).

**Diagoussis.** Sur un cas de diphthérie chez un adulte guéri et suivi de paralysies multiples. (*Bull. gén. de thérap.* 30 mars 1893)

**G. Piotrowski.** Sur la névrose de la langue. (*Comptes rendus hebdomadaires de la Soc. de biol.*, 31 mars 1893).

**A. H. Pilliet.** Note sur l'appareil salivaire des oiseaux. (*Comptes rendus hebdomadaires de la Soc. de biol.*, 31 mars 1893).

**L. Haskovec.** Note sur quelques altérations de divers organes chez les chiens thyroïdectomisés. (*Comptes rendus hebdomadaires de la Soc. de biol.*, 21 mars 1893).

**Davezac.** Folliculite bucco-pharyngienne. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 12, 1893).

**Moliné.** Note sur un cas de glossite et de labialite double tertiaires. (*Midi méd.*, n° 9, 1893).

**Morel-Lavallée.** Lésions syphilitiques de la bouche et de la langue. (*Ann. de derm. et syphil.*, n° 1, 1893).

**G. Lemoine et G. Linossier.** Note sur le mécanisme de la rumination chez l'homme atteint de mérycisme. (*Comptes rendus hebdomadaires de la Soc. de biol.*, 31 mars 1893).

**M. Gangolphe.** Trachéotomie pour goître suffocant ; isolement et soulèvement d'une partie plongeante rétro-sternale ; traitement général ; canule à demeure ; guérison. (*Lyon méd.*, 2 avril 1893).

**J. Bœckel.** Résultats de 32 extirpations et énucléations de goître. (*Acad. de méd. de Paris*, séance du 4 avril 1893).

**P. Poirier.** Intervention opératoire suivie d'une amélioration d'une certaine durée dans un cas de cancer de l'œsophage avec noyaux secondaires dans le foie. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 7, février-mars 1893).

**Bigeard.** Ulcération de la portion laryngienne du pharynx chez un individu atteint de cancer du pylore, ancien rachitique dégénéré ayant une augmentation de volume des parties molles des mains et des orteils. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 8, février-mars 1893).

**Lentz.** Sur un cas de tumeur hétérogène du corps thyroïde. (7<sup>e</sup> session du Congrès français de chirurgie. Paris, 4 avril 1893).

**Jules Simon.** Traitement de la diphtérie. (*Journ. de méd. et chir. prat.* 10 avril 1893).

**Le Gentu.** Urano-staphylorrhaphie. (7<sup>e</sup> session du Congrès français de chirurgie, Paris, avril 1893).

**A. Heydenreich.** Quelques considérations sur les plaies de l'œsophage. (7<sup>e</sup> session du Congrès français de chirurgie, Paris avril 1893).

**J. Comby.** Traitement de la coqueluche. (*Gaz. des hôp.*, 15 avril 1893).

**H. Rondet.** Relation d'une épidémie de diphtérie. (*Lyon méd.*, 16 avril 1893).

**B. Gérard.** De la guérison du goître charnu par la luxation et l'exposition. (thyroïdectomie ou exothyropexie), opération de Jaboulay. (*Thèse de Lyon*, mars 1893).

**P. Bouilloud.** Étude sur les polypes du pharynx buccal. (*Thèse de Lyon*, mars 1893).

**Doyen.** Traitement chirurgical des névralgies rebelles et extirpation des ganglions de Gasser. (*Médecine méd.*, 19 avril 1893).

**Hallopeau et Jeanselme.** Sur un cas de lipomes multiples simulant des tumeurs de la parotide et du corps thyroïde. (*Ann. de dermat. et syphil.*, février 1893).

**G. Moussu.** Sur la fonction thyroïdienne. (*Comptes rendus hebdomadaires des séances de la Soc. de biol.*, 21 avril 1893).

**E. Gley.** Nouvelle preuve de l'importance fonctionnelle des glandes thyroïdes. (*Comptes rendus hebdomadaires des séances de la Soc. de biol.*, 21 avril 1893).

**P. Berger.** Pièce de 5 francs extraite par l'œsophagotomie externe (*Soc. de chir.*, séance du 19 avril, Paris 1893).

**L. Lichtwitz.** De l'emploi des accumulateurs en médecine et de la meilleure manière de les charger. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 9 avril 1893).

**Catrin.** Observation de fièvre typhoïde compliquée de diphtérie à issue rapidement funeste. (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 27 avril 1893).

**Quénu.** Opérations préliminaires dans les cas de tumeur de la langue, du pharynx. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 26 avril 1893).

**C. Goris.** Gommose syphilitique cervicales et sous-maxillaires. (*Rev. de rhin. otol. et lar.* 25 avril 1893).

**P. Londe.** Tuberculose latente des ganglions bronchiques réveillée à l'âge de 60 ans et ayant amené une perforation de l'œsophage avec gangrène pulmonaire consécutive. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 8, mars 1873).

**Périgord.** Méningite suppurée consécutive à un abcès amygdalien. (*Soc. de méd. et pharm. de la Haute-Vienne*, 6 février; *Limousin méd.*, mars 1893).

**Hanoune.** Antisepsie par la solution d'iode dans les affections de la gorge. (*Bull. méd. de l'Algérie*, 16 avril 1893).

Œsophagotomie pour corps étranger de l'œsophage. Rapport de Chauvel sur une observation de Cahier. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 3 mai 1893).

**J. Garel.** Mycosis bénin de l'arrière-gorge. (*Soc. franç. d'otol. et lar.*, Paris 12 mai; *Rev. de lar. otol. et rhin.* 1<sup>er</sup> juillet 1893).

**P. Berger.** Corps étrangers de l'œsophage. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 10 mai 1893).

**M. Letulle.** Lésions tuberculeuses de l'œsophage. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 9, mars 1893).

**Souls.** Contribution à l'étude de la coqueluche et de son traitement par la résorcine et l'antipyrine. (*Thèse de Toulouse*, mars 1893).

**Debrle.** Phlegmon septique de la région sus-thyroïdienne (angine de Ludwig). Incision profonde : guérison. (*Arch. de méd. et pharm. milit.* n° 3, 1893).

**J. J. Matignon.** L'angine de Ludwig. (*Rev. de lar. otol. et rhin.* 15 mai 1893).

**Diaz.** Contribution à l'étiologie des parotidites. (*Thèse de Paris*, mai 1893).

**Joal.** Hémorragies de l'amygdale linguale et hémoptysies. (*Soc. franç. d'otol. et lar.*, Paris, 12 mai; *Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1<sup>er</sup> juin 1893).

**M. Natier.** Hémorragies du pharynx. (*Soc. franç. d'otol. et lar.*, Paris 12 mai; *France méd.*, 4 et 18 août 1893).

**P. Chabory.** Cancer du corps thyroïde secondaire à un goître. (*Soc. franç. d'otol. et lar.*, Paris 13 mai; *Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1<sup>er</sup> juillet 1893).

**P. Raugé.** Recherches microscopiques et bactériologiques sur la mycose bénigne du pharynx. (*Soc. franç. d'otol. et lar.*, Paris, 13 mai 1893).

**Darzens.** Accumulateur électrique. (*Soc. franç. d'otol. et lar.* Paris, 13 mai 1893).

**Labit.** 2 cas d'angiome caverneux de la cavité buccale. (*Soc. franç. d'otol. et lar.*, Paris, 15 mai 1893).

**E. Gley.** Sur la polypnée des chiens thyroïdectomisés. (*Comptes rendus hebdomadaires des séances de la Soc. de biol.*, 19 mai 1893).

**Marfan.** Diagnostic de l'angine diphtérique. (*Bull. méd.*, 24 mai 1893).

**Goumy.** Une épidémie de diphtérie dans la garnison de Senlis en 1891. (*Arch. de méd. et pharm. milit.*, avril 1893).

**De Beauvais.** Cas d'hydrophobie passagère dans la coqueluche. (*Soc. de méd. et chir. prat.*, séance du 18 mai; in *Progrès méd.*, 27 mai 1893).

**L. Faisans.** La langue grippale. (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1<sup>er</sup> juin 1893).

**Clémenceau de la Loguerie.** De la leucoplasie buccale. (Broch. de 64 pages, A Maloine, éditeur, Paris, 1893).

**Quénu.** Restauration d'une perte de substance de la voûte palatine par lambeaux des lèvres et de la joue. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 31 mai 1893).

**Tézenas.** Diagnostic bactériologique de la diphtérie. (*Soc. des sc. méd. de Lyon*; in *Lyon méd.*, 4 juin 1893).

**Mossé.** Note sur la valeur séméiologique de l'anesthésie de l'arrière-gorge et de l'épiglotte comme stigmate de l'hystérie. (*Midi méd.*, n° 4, 1893).

**Faguet.** Coqueluche, angine diphtéritique; croup; trachéotomie, guérison. (*Gaz. hebdomadaire des sc. méd. de Bordeaux*, n° 20, 1893).

**Goubeau.** Accidents médullaires et angine infectieuse. (*Arch. de méd. milit.*, mai 1893).

**A. Sallard.** L'hypertrophie des amygdales. (Rueff et C<sup>ie</sup> éditeurs, Paris 1893).

**A. H. Pilliet.** Note sur un groupe des glandes salivaires de la tortue grecque. Glandes juxta-maxillaires. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 12 avril-mai 1893).

**Boullaran.** Contribution à l'étude des kystes uniloculaires des maxillaires. (*Thèse de Montpellier*, 1893).

**A. H. Pilliet.** Adénome kystique aberrant du corps thyroïde. (*Comptes rendus hebdomadaires des séances de la Soc. de biol.*, 15 juin 1893).

**J. B. Charcot.** Le syndrome paralysie labio-glosso-laryngée progressive dans le tabes. (*Progrès méd.*, 17 juin 1893).

**Rabot.** Lyon et le bacille de Loeffler; le pseudo-bacille. (*Lyon méd.*, 18 et 25 juin 1893).

**Roque.** Myxœdème. (*Soc. nat. de méd. de Lyon*; in *Lyon méd.*, 18 juin 1893).

**Claude.** Cirrhose atrophique. Mort par hématomé. Varices stomacales et œsophagiennes. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 14, mai 1893).

**A. Joffroy et C. Achard.** Maladie de Basedow et tabes. (*Arch. de méd. expér.*, mai 1893).

**Bergeon.** Du traitement de la coqueluche par les injections rectales d'acide carbonique. (*Lyon méd.*, 25 juin 1893).

**A. Poncet.** Thyroïdo-éréthisme chirurgical pour myxœdème et perversion mentale. (*Soc. nat. de méd. de Lyon*; in *Lyon méd.*, 25 juin 1893).

**A. Thouvenot.** Amygdalite catarrhale, compliquée de néphrite avec accidents urémiques. (*Limousin méd.*, mai 1893).

**F. Roux.** De l'angine de Ludwig, Revue générale. (*Rev. gen. de clin. et thérap.*, 28 juin 1893).

**J. Sacaze.** Amygdalite aiguë; arthrite secondaire sur un ancien foyer de traumatisme. (*Journ. des conn. méd.*, 29 juin 1893).

**H. Barbier.** Sur un mode d'infection septique par le streptocoque dans la diphtérie. (*Comptes rendus hebdomadaires de la Soc. de biol.*, 30 juin 1893).

**Wagnier.** Traitement de la pharyngomycose leptothritique par l'acide chromique. (*Rev. de l'otol. et rhin.*, 1<sup>er</sup> juillet 1893).

**E. Jeanselme.** Contribution à l'étude des thyroïdites infectieuses. (*Arch. gén. de méd.*, juillet 1893).

**Bohéas.** Note sur une série de cas d'angine infectieuse observés à bord du garde-côte cuirassé « le Calman », (*Arch. de méd. navale et coloniale*, mai 1893).

**Combemale.** I. Note sur le typhus exanthématique. **Chantemesse.** II. Sur la contagiosité possible du typhus par les voies respiratoires. (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 6 juillet 1893).

**E. Gley.** Nouvelle note sur les effets de la thyroïdectomie chez le lapin. (*Comptes rendus hebdomadaires des séances de la Soc. de biol.*, 7 juillet 1893).

**Hudelo.** Ulcère de la bouche d'origine tabétique (mal perforant buccal) (*Ann. de dermat. et syphil.*, n° 5, 1893).

**Mme Pillet.** Des perturbations mentales dans le goître exophtalmique. (*Thèse de Paris*, juillet 1893).

**E. Frissinger.** La tuméfaction parotidienne dans la pneumonie. (*Gaz. méd. de Paris*, 15 juillet 1893).

**Gross.** Rétrécissement néoplasique de l'œsophage. (*Soc. de méd. de Nancy*, séance du 26 avril; in *Rev. méd. de l'Est*, 15 juillet 1893).

**Gestat.** Considérations sur une forme de stomalite pseudo-membraneuse survenant dans le cours de la scarlatine. (*Thèse de Paris*, juillet 1893).

**Terriau.** Considérations sur l'étiologie du goître. (*Thèse de Paris*, juillet 1893).

**A. Dufesoy.** Etude sur les phlegmons pharyngo-laryngés. (*Thèse de Paris*, juillet 1893).

**Behring.** Le sérum diphtéritique dans la diphtérie dite septique. (*Mémoires de méd.*, 19 juillet 1893).

**R. Du Castel.** Hydroa-buccal syphiloïde. (*Soc. franç. de dermat. et syphil.*, séance du 20 juillet 1893).

**Revillet.** Note sur la douche de gorge en jet, ses indications et la manière de l'employer. (*Lyon méd.*, 23 juillet 1893).

**Le Juge de Segrais.** Du humage à Luchon dans le traitement des affections des voies respiratoires. (*Journ. de méd. de Paris*, 23 juillet 1893).

**Dreyer Drufer.** Epithéliome généralisé du corps thyroïde. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 46, juin 1893).

**Redard.** Tumeur kystique de la langue. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 46, juin 1893).

**Audry.** La syphilis secondaire de la langue. (*Midi méd.*, n° 21, 1893).

**Charrière.** La fausse membrane diphtéritique. (*Thèse de Toulouse*, 1893).

**Brœckaert.** Note sur une anomalie congénitale du voile du palais. (*Rev. de laryng. otol.*, 1<sup>er</sup> août 1893).

**Ott.** Corps étranger de l'œsophage. Gros fragment de verre retiré au moyen d'un appareil improvisé. (*Rev. méd. de l'Est*, 1<sup>er</sup> juillet 1893).

**P. Marie.** De la maladie de Basedow. (*Ann. de méd., scient. et prat.*, 2, 9 et 16 août 1893).

**Jaccoud.** Le diagnostic de l'angine pseudo-diphtéritique. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 2 août 1893).

**H. Mendel.** Déterminations bucco-pharyngo-laryngées dans l'érythème polymorphe. (*Arch. gén. de méd.* août et septembre 1893).

**G. Loisel.** Développement des fibres élastiques dans l'épiglotte et dans le ligament cervical. (*Comptes rendus hebdomadaires des séances de la Soc. de biol.*, 4 août 1893).

**J. Girode.** Angine pseudo-membraneuse à streptocoques et orchite dans la varicelle. (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, août 1893).

**A. Thouvenet.** Autoplastie buccale pour remédier à une coaction des mâchoires. (*Limousin méd.*, juin 1893).

**Frèche.** De l'anesthésie générale par les inhalations de bromure d'éthyle. (*Thèse de Bordeaux*, 1893).

**Rabuel-Peyrissac.** Etude sur les abcès chroniques de l'amygdale. (*Thèse de Bordeaux*, 1893).

**C. Goris.** Deux cas de kystes dermoïdes du plancher de la bouche opérés par la région sus-hyoidienne. (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 25 juillet 1893).

**Ramadier.** Le goitre et sa fréquence chez les aliénés du département de l'Aveyron. (*Congrès des méd. aliénistes de France et des pays de langue française*. La Rochelle, août 1893).

**A. Rivière.** Contribution à l'étude anatomique du corps thyroïde et des goitres. (*Thèse de Lyon*, juillet 1893).

**Claude Martin.** Des résultats éloignés de la prothèse immédiate dans les résections du maxillaire inférieur. (*Thèse de Lyon*, juillet 1893).

**G. Lyon.** Angines chroniques non spécifiques. (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 23 et 30 août 1893).

**A. Fabre.** Traitement des angines. (*Ass. franç. pour l'avanc. des sciences, congrès de Besançon*, août 1893).

**Altomare et de Bovis.** Un cas de sublinguïte primitive; contribution à la pathologie de la glande sublinguale. (*Arch. de méd. et pharm. milit.*, juillet 1893).

## NOUVELLES

Nous lisons dans le *Bollettino delle Malattie dell' orecchio, gola e naso* que, à la suite du vote unanime des Professeurs de la Faculté de Médecine de Pise, le Ministre de l'Instruction Publique a institué dans cette Université l'enseignement oto-rhino-laryngologique qu'il a confié à notre excellent confrère et ami V. Grazi, docteur libre à l'Institut des Etudes supérieures de Florence.

Le Congrès des sciences médicales se réunira à Lyon dans la seconde quinzaine d'octobre 1894 et durera au moins 14 jours; le congrès comprendra deux sections: l'une de médecine, l'autre de chirurgie. Il sera proposé d'avancer un certain nombre de questions. Une séance sera, de plus, consacrée aux questions n'entrant pas dans ce programme.

Le dernier numéro du *Centralblatt für Laryngologie* donne le compte rendu de deux récents mémoires du Prof. G. Masini sur la physio-pathologie du récurrent et quelques nouvelles recherches sur les centres moteurs corticaux du larynx.



Comme dans ces travaux le laryngologiste italien accentue le d'sac-cord existant entre quelques-unes de ses vues sur la localisation corticale du centre laryngé et les conclusions formulées à ce propos par *Semon* et *Horsley* de Londres, ces derniers publient dans le même numéro du *Centralblatt* une lettre ouverte au Prof. Masini, l'invitant à discuter au prochain congrès international sur les deux points suivants.

1). Sur l'existence d'une *parésie glottique* à la suite de la lésion de l'un ou des deux centres corticaux laryngés.

2). Sur la présence constante de fibres centripètes dans le récurrent.

Masini a répondu, acceptant la discussion (*Gazzetta degli Ospitali*, 23 décembre 1893).

---

Le Dr A. Toli vient de passer ses examens de *docent* de *laryngo-rhino-otologie* à l'Institut supérieur de Florence.

---

#### SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE ET RHINOLOGIE DE PARIS

Ordre du jour de la séance du 5 janvier :

I. Présentation d'un instrument ; II. A propos d'un cas de désencha-tonnement de l'étrier, par GELLÉ.

Installation électrique sur le secteur de Clichy, par CHATELLIER.

Abscès chroniques de l'amygdale, par CARTAZ.

---

Le VIII<sup>e</sup> Congrès International d'hygiène et de démographie se réunira en 1894 à Budapest ; en voici le programme :

1<sup>er</sup> septembre, séance de réception ; 2 septembre, ouverture du Congrès ; 3, 4, 5, 7 et 8 septembre, séances de sections ; 9 septembre, clôture du Congrès.

Le 6 septembre est réservé à de courtes excursions aux environs de Budapest.

Il y aura, en même temps que le Congrès, une exposition d'hygiène.

Le 4 septembre aura lieu la discussion sur la diphtérie. Dans chaque pays, il s'est formé un comité qui s'est chargé de rédiger des conclusions qui constitueront les bases des délibérations d'une séance auxquelles participeront les sections de bactériologie, de prophylaxie et d'hygiène infantile.

Les Présidents des divers comités sont : Dr Roux, (Paris), Dr E. Tordeus (Bruxelles), L. Pagliani (Rome), Prof. N. Filatow (Moscou), Dr Sergin (Bucarest), Dr P. Szeics (Belgrade), Dr E. Seaton (Londres), Prof. Widerhofer (Vienne), Dr C. Chyzer (Budapest), Prof. H. Ranke (Munich) ; Prof. Löffler (Greifswald), Prof. E. Almquist (Stockholm) Dr E. Hagenbac-Burckhandt (Bâle), Dr F. Criado y Aguilar (Madrid), Prof. S. T. Sørensen (Christiana), Prof. Billings (New-York).

L'excursion finale à Constantinople sera d'autant plus intéressante, que les autorités de Belgrade ont invité le Congrès à s'arrêter dans leur ville.

---

## ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE

Le 1<sup>er</sup> dîner de l'année a eu lieu le 12 janvier 1894 sous la présidence du Prof. Cornil ; dix-huit membres y assistaient. Le secrétaire général a présenté une brochure imprimée par les soins de l'Association pour perpétuer le souvenir du banquet offert par le corps médical français aux médecins de l'escadre russe.

En raison des dépenses supplémentaires occasionnées par les fêtes franco-russes, la cotisation sera augmentée de 10 fr. cette année, par exception.

Enfin le secrétaire général a informé l'Association que, à l'occasion du *Congrès de Rome*, la *Société de voyages pratiques* était autorisée à organiser une série d'excursions en Italie, Grèce et Tunisie sous le contrôle du Comité français.

Au cours de la réunion, M. de Ranse, syndic sortant, a été réélu à l'unanimité.

---

XI<sup>e</sup> CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE ROME

Les membres de l'*Association de la Presse médicale française*, réunis le 12 janvier en Assemblée générale, sont d'avis que les médecins français doivent prendre une part active au Congrès ; ils se basent sur les raisons suivantes.

1<sup>o</sup> Ce congrès est la suite de réunions analogues dont les médecins français ont, les premiers, pris l'initiative. (Congrès de Paris, 1867). Le but de ces Congrès est de poser et discuter des questions de médecine et d'hygiène intéressant tous les Etats.

2<sup>o</sup> Le français est une des langues officielles du Congrès. Il sera parlé par la grande majorité des délégués Belges, Espagnols, Grecs, Hollandais, Roumains, Russes, Turcs, Suisses, Américains du Sud.

3<sup>o</sup> Le corps médical français a le devoir de faire connaître ses travaux dans une réunion de savants.

Dans ce concours d'hommes de science nous devons mettre en évidence notre travail national, notre enseignement, nos savants et nos publications.

Cornil, Cézilly, de Ranse, Chevallereau, Bérillon, Bilhaut, Delefosse, de Maurans, Fournier, Gauthier, Gorzcki, Gouguenheim, Janicot, Laborde, Meyer, Olivier, Valude, M. Baudouin, secrétaire.

---

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diatase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

**PHOSPHATE FALIÈRES.** Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

**POUDRE LAXATIVE DE VICHY.** (Poudre de séné composée). — Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

**L'EAU DE LA BOURBOULE** est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

**GRAINS DE CÈBER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUSES THOMAS.**

**L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON,** tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Des méningites suppurées non tuberculeuses, par A. Vandremmer. (gr. in 8° de 198 pages, J. B. Baillière éditeur, Paris 1893).

Empyème du sinus fontal, par Lacoarret (Tirage à part de la *Revue de lar. otol. et Rhin.* N° 17, 1893).

Traitement des corps étrangers de l'oreille, par E. Guillaume (Broch. de 7 pages, H. Malot, éditeur, Reims, 1893).

Dispensaire de laryngologie de l'Université de Naples, à l'hôpital clinique, dirigé par le Prof. F. Massei. Compte rendu de l'année scolaire 1892-93 (xii<sup>e</sup> année d'enseignement) rédigé par A. Trifiletti, adjoint à la clinique, avec la collaboration de V. Garzia et A. Damieno, assistants, et de L. Ajello, C. Isaia et R. Borgoni, assistants volontaires (Broch. de 57 pages. Tipog. méridionale, Naples, 1893).

Pharyngites hémorragiques, par M. Natier (Extrait de la *Revue int. de rhin. otol. et lar.* 10 août 1893).

Valeur de la nitroglycérine dans les bourdonnements d'oreilles, par L. J. Lautenbach (Philadelphie, 1893).

De l'hypertrophie de la tonsille rétro-pharyngienne et de ses complications par Cheval (Un vol. de 203 pages, Lamartin, éditeur, Bruxelles, 1894).

Ueber das Cholesteatom des Mittelohres (Sur le cholestéatome de l'oreille moyenne, par J. Habermann (Tirage à part des *Comptes rendus de la Société des Médecins de Styrie*, Nos 8 et 9, 1893).

Nouvelle pathologie et traitement du catarrhe nerveux par S. S. Bishop (Extrait du *Journ. of. the Amer. med. ass.* 25 novembre 1893).

Le massage vibratoire et électrique des muqueuses. Sa technique, ses résultats dans le traitement des maladies du nez, de la gorge, des oreilles et du larynx, par P. Garnault (Un vol. de 156 pages. Soc. d'éditions scient. Paris, 1894).

I. Del'otite hémorrhagique d'origine grippale. II. Quelques remarques à propos de deux cas de rhinite chronique accompagnée d'ozène, par J. Herck (Extrait de la *Revue intern. de rhin. otol. et lar.* 10 juillet et 25 septembre 1893).

Statistique des malades observés pendant les années scolaires 1891-92, 1892-93, à la consultation pour les maladies de l'oreille, du nez et de la gorge du Prof. V. Cozzolino à l'hôpital clinique de Naples, par R. Cimmino (Extrait du *Raccoglitore méd.* Vol. VXi, 1893).

Complications pyémiques dans une forme d'otite moyenne aiguë à caractère épidémique, par V. A. Turme (Extrait de l'*Archivio ital. di otol. rhin. e lar.* janvier, 1894).

Improvement of hearing after the removal of polyps and granulations from the middle ear (Amélioration de l'ouïe à la suite de l'extraction de polypes et de granulations de l'oreille moyenne) par L. J. Lautenbach (Extrait du *Med. and surg. reporter*, 2 septembre 1893).

Ueber Bildungsanomalien der Ohrmuschel (Anomalies de formation du pavillon de l'oreille, par E. Rohrer (Tirage à part du *Wiener med. Woch.* n° 1, 1894).

La périostite secondaire de l'apophyse mastoïde, par F. Rohrer (Tirage à part des *Arch. int. de rhin. lar. y otol.* 1893).

Importance diagnostique de la perception des sons par la voie crânienne et aérienne dans les maladies de l'oreille, par C. Corradi (Extraits de l'*Arch. ital. di otol. rhin. e lar.* janvier, avril, juillet et octobre 1893 et janvier 1894).

Laryngite lupique, par R. de la Sota y Lastra (Extrait du *Siglo medico*, n°s 2072 à 2082, 1893).

Laryngite syphilitique hyperplasique. Accès de suffocation de temps en temps. Trachéotomie in articulo mortis. Respiration artificielle durant une heure, par R. de la Sota y Lastra (Extrait de l'*Arch. inter. de rhin. lar. y otol.* mars 1893).

Le Gérant : G. MASSON.

